

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Mia Pallasoja ja Mia Piispanen

KUNTALAISTEN NÄKEMYKSIÄ ETELÄ-KYMENLAAKSON MIELENTERVEYS- JA PÄIHDE-
TILANTEESTA SEKÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPAL-
VELUISTA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja AMK

MIA PALLASOJA

MIA PIISPANEN

Kuntalaisten näkemyksiä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdetilanteesta

Opinnäytetyö

67 sivua + 16 liitesivua

Työn ohjaaja

TtM, lehtori Mirja Nurmi

Toimeksiantaja

Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke - Mietippä-hanke

Lokakuu 2012

Avainsanat

mielenterveys, päihde, palvelut, kuntalainen, Etelä-Kymenlaakso, ennaltaehkäisy

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kvantitatiivisella kyselytutkimuksella kuntalaisten näkemyksiä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdetilanteesta. Tutkittavia asioita olivat se miten kuntalaiset voivat, kokevatko he mielenterveys- ja päihdepalvelut alueella riittäviksi ja tietävätkö he mistä apua voi tarvittaessa hakea. Ennaltaehkäisyn näkökulma mielenterveys- ja päihdeongelmissa oli keskeinen ja tähän haluttiin myös kuulla kuntalaisten ideoita. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankkeen eli Mietippä-hankkeen kanssa ja sitä käytettiin strategiатыön tukena. Aineisto kerättiin joulukuussa 2011 osittain strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimusaineiston määräksi muodostui 242 vastauslomaketta.

Tuloksista kävi ilmi, että suurin osa kuntalaisista voi hyvin ja kokee oman mielenterveytensä hyväksi. Kuitenkin lähes 30 prosenttia oli huolissaan mielenterveystilanteesta. Mielenterveystilanteessa eniten huolta aiheuttivat työttömyyden lisääntyminen ja nuorten syrjäytyminen. Yli puolet vastaajista koki mielenterveyspalvelut riittämättömiksi, ja viidennes vastaajista ei tiennyt, mistä hakisi apua mielenterveysongelmaan. Tärkeimmäksi mielenterveyttä edistäväksi tekijäksi kuntalaiset nostivat työllisyyden tukemisen. Päihteiden käytön suhteen kuntalaisia huolestutti eniten liian nuorten päihteiden käyttö sekä huumeiden käyttö. Päihdepalvelut riittämättömiksi koki noin kolmannes vastaajista, ja lähes viidennes ei tiennyt, mistä hakisi apua päihdeongelmaan. Tärkeimmäksi päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinoksi nousi vanhempien roolin ja kasvatustyön tukeminen.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä 2012–2016. Toistamalla tutkimus ennen seuraavan mielenterveys- ja päihdestrategian laatimista voidaan seurata ja arvioida strategian toimivuutta.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

PALLASOJA, MIA

PIISPANEN, MIA

Views of Inhabitants of Municipality on Mental Health and
Substance Abuse Situation and Services in South

Kymenlaakso

Bachelor's Thesis

67 pages + 16 pages of appendices

Supervisor

Mirja Nurmi, MSc, Senior lecturer

Commissioned by

Mietippä-Project

October 2011

Keywords

mental health, substance abuse, services, South

Kymenlaakso, prevention

The aim of this Bachelor's thesis was, by a quantitative research, to find out views of the inhabitants of a municipality on the mental health and substance abuse situation and services in South Kymenlaakso. In addition, the aim was to discover the ideas of the inhabitants of a municipality for preventive work. The purpose of the study was to produce information for the Mietippä-project. The data was collected in December 2011 by questionnaires among the inhabitants of the municipality. The body of the research material comprised 242 questionnaires.

The results showed that most of the inhabitants of the municipality felt well and found their mental health good. However, nearly 30 percent were concerned about the mental health situation, in which most concern was caused by the unemployment and social exclusion of young people. More than half of the answerers found the mental health services insufficient and one fifth did not know where to seek help in a mental health problem. The inhabitants of the municipality raised support of employment as the most important factor in promoting mental health. As to substance abuse, the foremost concern was substance and drug abuse amongst very young people. Municipal substance abuse services were regarded as insufficient by about one third of the answerers, and nearly one fifth did not know where to seek help in substance abuse problems. The role of the parents and the support of educational work were the most significant factors in prevention of substance abuse problems.

The research results of this thesis supported drawing up the South Kymenlaakso Mental Health and Substance Abuse Strategy 2012–2016. By repeating this study before drawing up the next mental health and substance abuse strategy, the functionality of the strategy can be assessed.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	MIELENTERVEYSTILANNE	8
2.1	Mielenterveyden häiriöt	9
2.1.1	Mielialahäiriöt	11
2.1.2	Ahdistuneisuushäiriöt	12
2.1.3	Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt	12
2.1.4	Persoonallisuushäiriöt	13
3	PÄIHDETILANNE	13
3.1	Päihdeongelma ja päihderiippuvuus	13
3.2	Päihdetilanne Suomessa	16
3.2.1	Alkoholi	16
3.2.2	Huumausaineet	17
3.3	Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys	18
4	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT	19
4.1	Mielenterveyslaki ja mielenterveyspalvelut	19
4.2	Mielenterveystyö	21
4.3	Päihdehuoltolaki ja päihdepalvelut	21
4.4	Päihdetyö	23
4.5	Mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä päihdetyö	24
5	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESTRATEGIA	25
6	TUTKIMUSONGELMAT	26
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
7.1	Tutkimusmenetelmä	27
7.2	Aineiston keruu	31
7.3	Aineiston analysointi	33

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	34
8.1 Vastaajien taustatiedot	34
8.2 Kuntalaisten näkemys Etelä-Kymenlaakson mielenterveystilanteesta	36
8.2.1 Voivatko kuntalaiset hyvin?	36
8.2.2 Mielenterveyspalveluiden riittävyys	39
8.2.3 Kuntalaisten tietämys mielenterveyspalveluista	41
8.3 Hyvän mielenterveyden edistämisen keinot kuntalaisten kokemana	42
8.4 Kuntalaisten näkemys Etelä-Kymenlaakson päihdetilanteesta	44
8.4.1 Päihdeongelmien lisääntymisessä huolestuttavat tekijät	44
8.4.2 Päihdepalvelujen riittävyys kuntalaisten kokemana	46
8.4.3 Kuntalaisten tietämys päihdepalveluista	48
8.5 Päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinot kuntalaisten kokemana	50
8.6 Yhteenveto tutkimustuloksista	51
9 POHDINTA	53
9.1 Tulosten tarkastelu	53
9.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	56
9.3 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	58
LÄHTEET	61
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustaulukko	
Liite 2. Kyselylomake	
Liite 3. Muuttujataulukko	
Liite 4. Saatekirje	
Liite 5. Ristiintaulukointi. Muuttujat: Kysymys 7, ikäryhmät	
Liite 6. Ristiintaulukointi. Muuttujat: Kysymys 15, ikäryhmät	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat kansanterveyden kannalta yksi keskeisimmistä sairausryhmistä. Nämä ongelmat vaikuttavat yksilön toimintakykyyn ja elämänlaatuun moniulotteisesti. Erilaiset mielenterveydenhäiriöt ovat nykyään yleisin diagnoosiryhmä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena. Vuonna 2008 työkyvyttömyyseläkkeen saajista 44,5 prosentilla syynä oli mielenterveys- tai päihdehäiriö. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2008; Pirkola & Sohlman 2005, 32.)

Alkoholin kokonaiskulutus on ollut hienoisessa laskussa viime vuosina. Silti Suomessa kulutetaan enemmän alkoholia kuin missään muussa Pohjoismaassa. Alkoholista johtuvat terveysongelmat ja alkoholin aiheuttamat sairaudet ovat merkittäviä kansantaloudellisesti ja kansanterveyden kannalta. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman, 2010, 17–20.) Kouluterveyskyselyn 2008/2009 sekä Huumekysely 2010 mukaan asenteet kannabiksen käyttöä sekä kotikasvatusta kohtaan ovat lieventyneet. Myös lääkaineiden väärinkäyttö on lisääntynyt Suomessa (Huttunen 2010).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä on keskusteltu paljon viime aikoina. Mielenterveysongelmat ja päihdehäiriöt ovat toistensa riskitekijöitä. Potilaita, jotka kärsivät molemmista häiriöistä samanaikaisesti, kutsutaan kaksoisdiagnoosipotilaiksi. Nämä potilaat ovat nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä heikoimmassa asemassa ja jäävät helposti ns. kahden luukun väliin. Samalla heidän voimavaransa avun hakemiseen ovat minimaaliset.

Vaikka nykytietämyksessä on ennaltaehkäisyn tärkeys tiedossa, terveydenhuolto keskittyy edelleen suurimmaksi osaksi sairauksien ja häiriöiden hoitoon. Näin ennaltaehkäisevä työ jää usein vähäiseksi. Mielenterveys- ja päihdestrategioita laadittaessa olisikin tärkeää saada korostettua ennaltaehkäisyn näkökulmaa alueen hyvinvointistrategiaa laadittaessa. (Partanen ym. 2010, 30–31.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy on aina huomattavasti kannattavampaa kuin jo olemassa olevien ongelmien korjaaminen ja hoitaminen.

Valtakunnallinen Kaste-projekti on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma vuosille 2012–2015. Se määrittelee alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavut-

tamiseksi. Ohjelman tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen avain on osa Kaste-projektia, ja se päättyy vuonna 2012. Mietippä-hanke on yksi Mielen avain-hankkeen kolmestatoista osahankkeesta. Mietippä-hanke alkoi elokuussa 2010 ja se päättyy lokakuussa 2012. Hankealueena ovat Hamina, Kotka, Pyhtää, Miehikkälä sekä Virolahti. Mietippä-hankkeen tarkoitus on edistää etelä-kymenlaaksolaisten mielenterveyttä sekä vähentää päihteiden käyttöä seuraavien tavoitteiden avulla. Etelä-Kymenlaakson kuntien alueelle haluttiin rakentaa yhteinen mielenterveys- ja päihdestrategia vuosille 2012–2016. Asiakkaille, joilla on sekä mielenterveyteen, että päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, haluttiin perustaa kuntouttava yksikkö. Kuntouttava yksikkö Neppari aloitti toimintansa syksyllä 2010. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamista haluttiin kehittää ja alueelle perustettiin myös mielenterveys- ja päihdetyön osaamisyksikkö syksyllä 2011. Osaamisyksikön toiminta päättyi heinäkuussa 2012.

Tämä opinnäytetyö on osa Mietippä-hanketta. Mietippä-hankkeen alla tehdään neljä eri opinnäytetyötä, joissa kartoitetaan eri näkökulmia mielenterveys- ja päihdetyöstä ja palveluista sekä niiden riittävydestä. Opinnäytetöissä kartoitetaan mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon palveluntarjoajien sekä asiakkaiden, omaisten ja kuntalaisten näkemyksiä. Yhdessä ne muodostavat kattavan kokonaisuuden Etelä-Kymenlaakson tilanteesta. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui kuntalaisten näkemyksiä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalveluista. Hankkeen puolelta toivottiin opinnäytetyössä erityisesti korostuvan ennaltaehkäisyn näkökulma. Aiheen valintaan vaikutti tutkijoiden oma mielenkiinto mielenterveys- ja päihdeasioihin. Tutkijoita kiinnosti mielenterveys- ja päihdepotilaan asema terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Tutkijat halusivat myös tehdä tutkimuksen, jossa heillä oli mahdollisuus päästä lähelle tutkittavaa joukkoa sekä osallistua aktiivisesti aineiston keräämiseen.

Opinnäytetyössä tutkittiin, mitä eteläkymenlaaksolaiset ajattelevat oman kuntansa mielenterveys- ja päihdepalveluista, kuinka riittäviksi he katsovat alueen palvelut. Samalla selvitettiin onko kuntalaisilla ehdotuksia mielenterveys- ja päihdeongelmien ongelmien ennaltaehkäisyyn. Etelä-Kymenlaakson alueella ei ole aikaisemmin tutkittu kuntalaisten näkemyksiä aiheesta ja tämä tutkimustulos on ajankohtainen ja tarpeellinen laadittaessa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategiaa vuosille 2012–2016. Strategiatyöryhmien työskentely alkoi syksyllä 2011 ja päättyi keväällä

2012. Strategialuonnos valmistui syyskuussa 2012, jonka jälkeen se toimitetaan kuntiin hyväksyttäväksi.

Kuntalaisten kuulemisia mielenterveys- ja päihdetilanteesta on järjestetty monissa kunnissa viime vuosina. Etelä-Kymenlaaksossa haluttiin kuitenkin tutkia näkemyksiä kyselyhaastattelun keinoin, jotta saataisiin esiin tavallisten kuntalaisten ääni. Kuntalaiskuulemisiin usein osallistuvat vain tietyt aktiiviset henkilöt. Opinnäytetyössä yritetään saada mahdollisimman kattava satunnaisotos, jotta tulos olisi oikeasti merkittävä ja puhuisi mahdollisimman monen tavallisen kuntalaisen puolesta.

2 MIELENTERVEYSTILANNE

Tässä luvussa määritellään käsitteet mielenterveys ja mielenterveysongelma. Myös yleisimmät mielenterveydenhäiriöt käydään läpi lyhyesti. Mielenterveystilannetta tarkastellaan yleisellä tasolla.

Mielenterveyttä on määritelty eri tavoin vuosikymmenten ajan. Mielenterveyden käsitteellinen kuvaaminen ja määrittely on kuitenkin ongelmallista, onhan kyseessä varsin tajunnallinen ja abstrakti ilmiö. Yhtä ja oikeaa määritelmää tuskin on olemassa. Nykykäsityksen mukaan mielenterveys on sekä voimavara, että ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyvä kehitysprosessi, jossa psyykinen hyvinvointi vaihtelee eri elämäntilanteissa. Mielenterveydellä voidaan myös tarkoittaa normaaliutta. Normaalius mielenterveydessä ei kuitenkaan ole yksiselitteinen käsite. Normaalin erottaminen epänormaalista voi tapahtua joko tilastollisesti, jolloin kriteerinä on yleisyys ja keskimääräisyys, tai eettisesti, jolloin normaaliksi mielletään se, mikä on kulttuurissa arvokasta ja toivottavaa. Eri kulttuurien väliset erot tekevät kuitenkin mielenterveyden yksiselitteisen määrittelyn eettisesti vaikeaksi. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 10–12.)

Itävaltalaisen lääkärin Sigmund Freudin mukaan mielenterveys on kyky rakastaa ja tehdä työtä. Nykyisin ihmisen katsotaan olevan mieleltään terve, kun hän selviytyy itsenäisesti ja toisia vahingoittamatta ja toisille kärsimystä aiheuttamatta ihmissuhteista, työstä ja vapaa-ajasta sekä muista päivittäisistä toiminnoista. Myös yhteiskunnan normien mukaan toimiminen voidaan katsoa osaksi mielenterveyttä. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 12.)

Mielenterveys rakentuu monista eri tekijöistä, jotka ovat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Perimä vaikuttaa mielenterveyteen siten, että jos esimerkiksi toinen tai molemmat vanhemmat sairastavat skitsofreniaa, on lapsellakin suurempi riski sairastua. Biologiset tekijät, kuten esimerkiksi aivojen eri välittäjäaineet ja niiden pitoisuuksissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat keskushermoston toimintaan ja sitä kautta myös mielenterveyteen. Myös sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät vaikuttavat mielenterveyteen osaltaan. Näillä tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi perhettä ja ystäviä, niiden olemassaoloa ja vaikutusta tai mahdollisesti niiden puuttumista. Mielenterveyden rakentumiseen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset tekijät, kuten työmahdollisuudet ja koulutusmahdollisuudet sekä kulttuuriset arvot. (Hietaharju ym. 2010, 12–13.)

Mielenterveyteen liittyy olennaisesti myös kyky ymmärtää ja tulkita ympäristöä sekä sopeutua siihen tai tarpeen vaatiessa muuttaa sitä. Mielenterveyttä tarvitaan myös kykyyn ajatella, puhua ja kommunikoida toisten ihmisten kanssa. Myös yksilön terveen itsetunnon rakentumiseen ja kykyyn muodostaa kestäviä ihmissuhteita, tarvitaan mielenterveyttä. Mielenterveydellä on yhteyttä myös ihmisen luovuuteen sekä työkykyyn. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18.)

Mielenterveys on siis olennainen osa yksilön terveyttä ja hyvinvointia. Yksilön mielenterveys muodostuu eri osa-alueista ja näiden välisistä yhteyksistä. Vahvuus toisella osa-alueella voi kompensoida ja tukea heikkoutta toisella alueella. (Aalto, Bäckman, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertiö & Vuorilehto 2009, 7.)

2.1 Mielenterveyden häiriöt

Erilaisia mielenterveyden häiriöitä on esiintynyt kautta aikojen ja kaikissa kulttuureissa. Joskus vakavien mielenterveyden häiriöiden uskottiin johtuvan demoneista, jotka olivat asettuneet ihmiseen. Keskiajalla korostui ajatus siitä, että mielenterveyden häiriöt olivat paholaisen aiheuttamia ja seurausta ihmisen tekemästä synnistä. Monet mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset menettivät aikanaan henkensä, mm. noitavainojen yhteydessä, kun kirkko tuomitsi heidät paholaisen kanssa liittoutumisesta ja noituuden harjoittamisesta. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 18.)

Mielisairaus-käsite on lääketieteellisenä terminä varsin uusi. Länsimaaisessa lääketieteessä se otettiin käyttöön 1700–1800-luvun vaihteessa. Mieleltään sairaita ei tätä ennen oltu diagnosoitu omaksi ryhmäkseen. (Noppari, ym. 2007, 15.)

Vasta 1980-luvulla otettiin virallisesti käyttöön mielenterveyden häiriö -termi. Mielenterveyden häiriö -termillä tarkoitetaan monenlaisia eri syistä johtuvia mielenterveyden häiriöitä, jotka voivat olla vaikeusasteeltaan hyvin erilaisia. (Noppari, ym. 2007, 46.) Jos mielenterveyden häiriöllä on kliinistä merkitystä, sille annetaan diagnoosi, eli tautinimike. Maailman terveysjärjestön ICD-luokitus on myös Suomessa käytössä oleva tautiluokitus. Uusin versio ICD-luokituksesta on ICD-10, joka otettiin Pohjoismaissa käyttöön vuonna 1996. ICD-10 luokitus koostuu kymmenestä diagnostisesta pääluokasta, joita ovat

- elimelliset aivo-oireyhtymät
- lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
- skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt
- mielialahäiriöt
- neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
- fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
- aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
- älyllinen kehitysvammaisuus
- psyykkisen kehityksen häiriöt
- tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja kehityshäiriöt
- määrittelemätön mielenterveyden häiriö.

(Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 176–177.)

Mielenterveyden ongelmat voivat olla hyvin moninaisia, joille ei ole yhtä yhdistävää oiretta. Usein oire on kuitenkin jokin henkistä hyvinvointia uhkaava toistuva asia, joka esimerkiksi vain vaivaa potilaan mieltä. Erityyppisten mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka on erittäin tärkeää, vaikka joskus raja mielenterveyden ja sairauden välillä on vaikea erottaa. (Huttunen 2010.)

Suomalaisten psyykkisessä terveydentilassa on parantamisen varaa. Vaikka väestömme psyykinen kuormittuneisuus on pysynyt samalla tasolla vuodesta 1980 vuoteen

2000 välisenä aikana ja yleinen terveydentila on parantunut, ei mielenterveyden suhteen ole tapahtunut myönteistä kehitystä. Suomalaisista 15–20 prosentilla on jokin diagnosoitavissa oleva mielenterveyden häiriö ja noin 25 prosenttia väestöstä kärsii haittaavista psyykkisistä oireista tiettyinä ajankohtana. Tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt ja häiriöt, jotka liittyvät alkoholin käyttöön. Mielenterveydenhäiriöt ovat suurin eläköitymistä ja pitkä-aikaista työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Yksilöiden inhimillisen kärsimyksen lisäksi mielenterveyden häiriöt aiheuttavat huomattavia yhteiskunnallisia kustannuksia. Esimerkiksi vuonna 2004 erilaiset mielenterveyden häiriöt aiheuttivat suoria ja epäsuoria kustannuksia valtiollemme 4,2 miljardin euron edestä. Näihin kustannuksiin sisältyvät mielenterveyden hoitoon käytetyt terveydenhuollon menot, mielenterveyteen perustuvat eläkemenot, lääkekustannukset ja sairausvakuutuskustannukset. (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling 2009, 8–9.) Mielenterveysongelmista kärsivät ovat myös alttiimpia sairastumaan fyysisesti ja heidän keskuudessaan kuolleisuus on keskimääräistä korkeampi. Lisäksi vanhempien mielenterveysongelmien on todettu vaikuttavan selvästi lasten emotionaaliseen ja psyykkiseen kehitykseen. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 17.)

2.1.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöistä yleisimpiä ovat erilaiset masennustilat ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt (Pirkola & Sohlman 2005, 4). Näille kahdelle mielialahäiriölle on tyypillistä muutokset ihmisen tunnetilassa sekä toimintakyvyssä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mieliala saattaa vaihdella vaikeasta masennuksesta mielialan kohoamiseen, eli maniaan. Masennustilojen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoito eroaa paljon toisistaan ja akuutti vaiheessa oleva kaksisuuntainen mielialahäiriö vaatii erikoissairaanhoidon. (Noppari ym. 2007, 52.)

Puhuttaessa masennuksesta tarkoitetaan ohimenevää masentunutta tunnetilaa, masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää eli masennustilaa. Masentuneisuus on merkittävä terveysongelma Suomessa ja se lukeutuukin suomalaisten kansansairauksiin. Tälläkin hetkellä 5–9 prosenttia eli noin 250 000 suomalaista on masentunut. Masennukseen sairastuminen on naisilla miehiä yleisempää, ja sitä esiintyy kaiken ikäisillä. Vakava masennustila on yksi merkittävimmistä työkyvyttömyyttä aiheuttavista tekijöistä koko maailmassa. (Noppari ym. 2007, 53.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on alidiagnosoitu sairaus. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että noin seitsemän kymmenestä potilaasta jää diagnosoimatta. Oikean diagnoosin saamisessa on myös keskimäärin kymmenen vuoden viive. Suomessa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaa noin 1,2 prosenttia väestöstä (Noppari ym. 2007, 53, 63.)

2.1.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluu paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja muut fobiat sekä yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Ahdistus on hyvin monimuotoinen tila ja siihen kuuluu paljon erilaisia oireita. (Noppari ym. 2007, 75–76.) Sisäinen jännittyneisyys, levottomuus, pelko, paniikin tunne ja jopa kauhu voivat liittyä ahdistuneisuuden tunteeseen kokonaisuutena. Myös fyysiset oireet, kuten pahoinvointi, vatsaoireet, hikoilu sydämentykytys ja hengenahdistus ovat tavallisia. Kun ahdistuneisuus jatkuu pitkään ja on oireiltaan voimakasta ja rajoittaa ihmisen kykyä toimia, voidaan puhua mielenterveydenhäiriöstä.

Suomalaisista noin 25 prosenttia kärsii jossakin elämänsä vaiheessa ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuushäiriöt voivat hoitamattomana johtaa työkyvyttömyyteen, masennukseen, riippuvuusongelmiin ja joskus jopa itsemurhaan. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 34–35.)

2.1.3 Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt

Psykoosilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriötä, jossa henkilön todellisuudentaju hämärtyy ja vääristyy. Psykoottinen ihminen ei siis pysty erottamaan epätodellisia asioita todellisista. Psykooseja on paljon erilaisia ja ne voivat olla kestoaltaan lyhyitä tai pitkään jatkuvia. Laukaisevia tekijöitä psykoosille ovat ainakin järkytys, traumaattinen kokemus, elimellinen sairaus ja päihteiden käyttö. Nuorista noin 2–3 prosenttia sairastuu jonkinlaiseen psykoosiin, joten se on melko yleinen sairaus. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 58.)

Skitsofrenia alamuotoineen on psykooseista yleisin. Skitsofreniaan sairastuva on yleensä iältään melko nuori. Sairastuvuus skitsofreniaan on suurinta miehillä 20–28 vuoden iässä ja naisilla 24–32 vuoden iässä. Sekä suomalaisesta väestöstä että maailman väestöstä skitsofreniaa sairastaa yksi sadasta, ja tauti on miehillä hieman naisia

yleisempää. (Noppari ym. 2007, 86; Hietaharju & Nuuttila 2010, 59.) Skitsofreniaan sairastuneet ovat usein syrjäytyneitä, ja sairauteen liittyy usein myös päihteiden ja huumeiden käyttöä (Hietaharju & Nuuttila 2010, 59).

2.1.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöitä on lukuisia, ja ne on jaoteltu kolmeen eri pääryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat eristäytyvä, paranoidinen ja psykoosi-piirteinen persoonallisuus. Toiseen ryhmään kuuluvat huomionhakuinen, asosiaalinen, narsistinen ja epävakaa persoonallisuus ja kolmas ryhmä koostuu estyneestä, vaativasta ja passiivis-vihamielisestä persoonallisuudesta. Persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmisen käyttäytymistavoissa ja persoonallisuudessa esiintyy vakavia häiriöitä. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 53–54.) Persoonallisuushäiriöisen ihmisen käyttäytymismalli poikkeaa yleensä ympäröivän yhteisön odotuksista, esimerkiksi vuorovaikutuskyvyn ja impulssikontrollin alueella. Myös tietyt persoonallisuuden piirteet voivat ylikorostua häiritsevästi, vaikkei asianomainen yleensä itse sitä huomaa eikä näin ollen myöskään kärsi oireistaan. (Noppari ym. 2007, 82.) Aikuisväestöstä noin 5–15 prosenttia kärsii persoonallisuushäiriöstä. Esiintyvyys on suurinta 25–44 vuoden iässä ja sairastuvuus laskee iän myötä. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 53.)

3 PÄIHDETILANNE

Tässä luvussa käsitellään päihdetilannetta kokonaisuutena. Tekstissä selvitetään, mitä tarkoitetaan päihdeongelmalla ja -riippuvuudella sekä tarkastellaan päihdeongelmien esiintyvyyttä yleisellä tasolla. Tärkeä lukunsa on päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyminen.

3.1 Päihdeongelma ja päihderiippuvuus

Riippuvuutta on monenlaista. Ihminen voi olla riippuvainen toisesta ihmisestä, tai jostakin toiminnasta, esimerkiksi internetin käytöstä, rahapelien pelaamisesta tai seksistä. Riippuvuuden kohteena voivat olla erilaiset päihteet ja niihin liittyvä mielihyvän kokemus. Periaatteessa mikä tahansa päihdyttävä aine tai toiminta voi aiheuttaa riippuvuutta, kun se tuottaa psyykkistä tai fyysistä tyydytystä. Mitä nopeammin jokin toiminta tai aine tuottaa tällaisen vaikutuksen, sitä nopeammin riippuvuus kehittyy. (Koski-Jännes 2009.) Päihderiippuvuudesta voidaan puhua, kun ihmisellä on pa-

konomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain, eikä hän enää pysty hallitsemaan suhdettaan tähän riippuvuuden kohteeseen. Päihderiippuvuus on sairaus, se on krooninen ja helposti relapsoiva eli toipumisen alettuakin käyttäytyminen saattaa uusiutua helposti. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 42.)

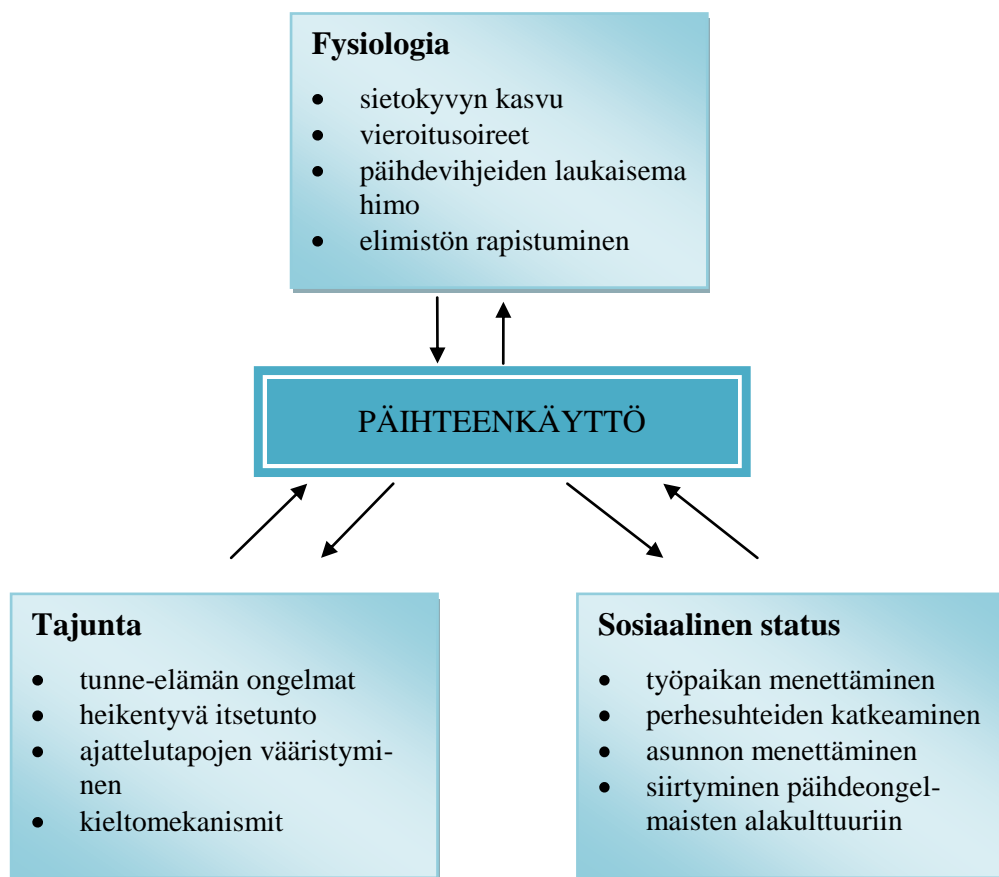
Riippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat yksilölliset ja sosiaaliset tekijät. Yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi perintötekijät, sosiaaliset oppimiskokemukset lapsuudessa ja nuoruudessa tai erilaiset elämän kriisivaiheet läpi elämän. (Koski-Jännes 2009 Päihdelinkki.) Havion (2009, 43) mukaan päihderiippuvuuden syntymiseen vaikuttavat päihteen fysiologiset ja neurobiologiset vaikutukset ihmisessä, jolloin käyttäjän aivoissa tapahtuu hermostollisia muutoksia riippuvuutta tuottavan aineen tai toiminnan johdosta. Käyttäjän yksilölliset fyysiset ominaisuudet sekä käyttäjän persoonallisuus ja psyykkinen varustus vaikuttavat siihen miten riippuvuus kehittyy. Havion (2009, 43–44) mukaan myös yhteisöllisillä ja kulttuurisidonnaisilla tekijöillä on merkitystä riippuvuuden kehittymiseen. Yhteiskunnallisia altistavia syitä voivat olla esimerkiksi yksinäisyys ja vieraantuminen. Mikään tietty syy tai altistava tekijä ei kuitenkaan voi tuottaa riippuvuutta ilman yksilön omaa panostusta sekä toistuvaa turvautumista riippuvuutta tuottavaan aineeseen tai toimintaan. (Koski-Jännes 2009.)

Riippuvuus voidaan jakaa psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen riippuvuuteen, toisaalta kaikki riippuvuuden osa-alueet voivat ilmetä myös samanaikaisesti (kuva 1). Psyykkinen riippuvuus voi olla ihmiselle vaikeinta riippuvuutta. Käyttäjä kokee päihteen hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Psyykkinen riippuvuus liittyy suoraan käyttäjän persoonallisuuteen ja alkaa usein jo paljon aikaisemmin kuin fyysinen riippuvuus. Fyysisessä riippuvuudessa elimistö on jo tottunut päihteeseen niin, että päihteen puuttuminen aiheuttaa ruumiillisia oireita. Sosiaalisella riippuvuudella tarkoitetaan sosiaalista verkostoa, joka päihteen ympärillä pyörii. Tähän liittyvät päihteisiin keskittynyt elämäntapa, johonkin kuulumisen ja arvostuksen tarve. (Havio ym. 2009, 43.)

Riippuvuuskäyttäytymistä voidaan jakaa myös myönteiseen ja kielteiseen riippuvuuteen. Ihmisen myönteinen riippuvuus ilmenee käyttäytymisessä toistuvana, mielihyvää tuottavana toimintana. Tällöin ihminen on sopeutunut elämäntilanteeseensa, hänellä on kyky solmia ja pitää yllä tasavertaisia ja vastavuoroisia ihmissuhteita. (Havio ym. 2009, 41.) Kielteistä riippuvuutta voi olla esimerkiksi pakonomainen syöminen tai juominen, päihteiden käyttö, rahapelien pelaaminen, liiallinen television tai internetin

katselu, liikunta, sukupuolinen aktiviteetti, ihmissuhteet, liiallinen työnteko, shoppailu ja uskonnollisuus. Kielteiseen riippuvuuteen liittyvät yleensä päätökset lopettamisesta, jota seuraa voimakas taipumus jatkaa tai aloittaa toiminta uudelleen. (Havio ym. 2009, 42.)

Päihteiden käyttö tuottaa yleensä hyvänolon kokemuksen välittömästi. Tämä sopiikin oppimispsykologiaan, jonka mukaan välitön palkinto vahvistaa käyttäytymistä enemmän kuin myöhemmin saatu palkinto. Alkuvaiheessa päihteiden käytöllä haetaan enimmäkseen myönteisiä vaikutuksia ja ajan myötä käyttö muuttuu ikävien tuntemusten välttämiseksi. (Havio ym. 2009, 43–44.)



Kuva 1. Päihderiippuvuutta ylläpitäviä ja syventäviä tekijöitä

(Koski-Jännes 1995, Havio ym. 2009, 44 mukaan)

Riippuvuus on ihmiselle moniulotteinen ongelma. Se koetaan häpeällisenä ja paheksuttavana, ja silti päihteen käyttö tuottaa samalla mielihyvää. Itsehallinnan pettäminen tuottaa huonommuuden tunnetta, jonka seurauksena ongelman kieltäminen on luon-

nollinen reaktio. Ongelmaa yritetään salata muilta ja jopa itseltään, mikä johtaa tilanteen pahentumiseen. Avain riippuvuudesta parantumiseen alkaa ongelman myöntämisestä. (Koski-Jännes 2009.)

3.2 Päihdetilanne Suomessa

Tässä luvussa käsitellään Suomen päihdetilannetta. Päihteiksi opinnäytetyössä on määritelty alkoholi ja huumeet sekä lääkeaineet, tupakkaa ei tässä työssä käsitellä tai oteta huomioon päihteenä.

3.2.1 Alkoholi

Alkoholin liikakäyttö liittyy useaan eri terveysongelmaan ja onkin yksi suurimmista terveytemme haitallisesti vaikuttavista tekijöistä. Suomalaisilla työikäisillä miehillä ja naisilla alkoholin aiheuttama sairaus tai alkoholimyrkytys on yleisin kuolinsyy. (Aalto ym. 2009, 11.) Suomalaisten alkoholin kulutus jakaantuu epätasaisesti niin, että pieni osa suomalaisista ei juo ollenkaan, suurin osa kohtuudella ja noin 10 prosenttia väestöstä juo hyvin paljon. Tämä runsaasti juova vähemmistö juo lähes puolet kaikesta Suomessa juodusta alkoholista. (Österberg & Mäkelä 2009.)

Noin 10 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista on täysin raittiita, tässä miesten ja naisten osuus on lähes sama. Naisten osuus alkoholin kulutuksessa nousi reilusti muutamien viimeisten vuosikymmenen aikana, mutta nousu on viime vuosina tasaantunut. Kaikesta Suomessa juodusta alkoholista naiset juovat neljänneksen. Nuorten alkoholinkäytössä on ollut 2000-luvulla nähtävissä suotuisaa kehitystä. Etenkin alle 18-vuotiaiden nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt, samoin humalajuominen. (Partanen, ym. 2010, 20, 38.) Myös kouluterveyskyselyt osoittavat suotuisaa kehitystä nuorten alkoholinkäytössä. Humalajuominen on vähentynyt vuodesta 2004 lähtien. (Luoja, Lommi, Kinnunen & Jokela 2010, 32–35.)

Alkoholin kokonaiskulutus on ollut viime vuosina hienoisessa laskussa. Sotkanetin mukaan suomalaiset kuluttivat 100 prosentista alkoholia asukasta kohden 10,0 litraa vuonna 2010, kun luku oli 10,2 litraa vuonna 2009 ja 10,4 litraa vuonna 2008. Myös alkoholikuolleisuus on ollut muutamana vuotena hienoisessa laskussa. (Sotkanet internetsivu.)

Suomalaisten alkoholin juominen keskittyy viikonloppuihin ja päivittäinen alkoholin käyttö on edelleen melko harvinaista. Suomalaisille on tyypillistä humalahakuinen juominen. (Partanen ym, 2010, 20). Toisaalta olemme eurooppalaistuneet siinä, että kulttuurinen suhtautuminen alkoholin käyttöön on muuttunut ja alkoholin kulutus on levinnyt yhä useampiin sosiaalisiin tilanteisiin.

3.2.2 Huumausaineet

Muutaman viimeisen vuosikymmenen aikana Suomen huumetilanne on muuttunut radikaalisti. 1990-luvulla huumeiden käyttö ja siihen liittyvät haitat lisääntyivät jyrkästi. Kannabiksen käyttö kaksinkertaistui, ekstaasi ja gamma levisivät suomalaisnuorten keskuuteen, amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrä moninkertaistui. Tämän seurauksena huumeisiin liittyvä rikollisuus, sairastavuus ja huumekuolemat lisääntyivät. Huumeaalto lähti liikkeelle pääkaupunkiseudulta ja levisi vähitellen ympäri maata. (Hakkarainen, 2011.)

2000-luvulla huumetilanne ja alueelliset erot ovat tasaantuneet. Kouluterveyskyselyn mukaan huumekeailut vähenivät 2000-luvulla, kunnes vuosien 2008 ja 2009 kyselyissä oli nähtävissä kasvua. Noin 11 prosenttia lukiolaisista kertoo kokeilleensa ainakin kerran laittomia huumeita. (Luopa ym. 2010, 32.) Muutkin tutkimukset osoittavat etenkin kannabiskokeilujen jälleen lisääntyneen. Huumeekysely 2010 kertoo 25–34-vuotiaiden kannabiskokeilujen lisääntyneen neljän vuoden aikana 25:stä 36 prosenttiin. Myös kannabiksen kotikasvatus on yleistynyt ja asenteet kannabiksen lääkekäyttöä kohtaan ovat lieventyneet. (Hakkarainen, Perälä & Metso 2011.) Noin 13 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista on kokeillut kannabista (Partanen ym. 2010, 21).

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat suurimmaksi osaksi amfetamiinin ja opiaattien käyttäjiä. Heitä on Suomessa arviolta 14 500–19 100 vuonna 2005. Ongelmakäyttäjistä suurin osa, noin 80 prosenttia on amfetamiinin käyttäjiä. Eniten ongelmakäyttäjää on 26–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Reilu enemmistö huumeiden ongelmakäyttäjistä on miehiä. (Rönkä & Virtanen 2009, 54.)

Lääkkeiden väärinkäyttö on lisääntynyt Suomessa. Lääkeaineisiin kuolee vuosittain enemmän ihmisiä kuin alkoholiin tai huumeisiin. Väärin tai liikaa käytettäviä lääkkeitä ovat usein kipulääkkeet, jotka sisältävät kodeiinia tai tramadolia, sekä ahdistus ja unilääkkeet. Myös joitakin yskänlääkkeitä käytetään väärin niiden sisältämien aineiden

den vuoksi. Lääkeriippuvuus, samoin kuin alkoholi tai huumeriippuvuuskin aiheuttaa psykologista ja fysiologista riippuvuutta sekä toleranssin nousua ja vieroitus oireita. (Huttunen 2010.)

3.3 Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys

Useat päihdehuollon asiakkaat kärsivät samanaikaisesti yhdestä tai useammasta mielenterveydenhäiriöstä ja päinvastoin. Tällaisia potilaita kutsutaan kaksoisdiagnoosipotilaiksi, vaikka suositeltavampaa olisi käyttää termiä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyys. Kaksoisdiagnoosi-käsite viittaa kahteen eri diagnoosiin, vaikka potilaiden ongelmat ovat yleensä moniulotteisia ja päällekkäisiä. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 12–13.) Kaksoisdiagnoosipotilaan psykiatriset häiriöt ovat kuitenkin päihteiden välittömästä käytöstä riippumattomia, niin ettei käsitettä kaksoisdiagnoosi tule käyttää hetkellisissä ja ohimenevissä, esimerkiksi alkoholin käytöstä johtuvissa masennusoireiluissa (Aalto 2009).

Aallon (2009) mukaan noin 40 prosenttia alkoholiongelmaisista kärsii samanaikaisesta mielenterveydenhäiriöstä. Huumeongelmallisilla luku on vielä suurempi. Toisaalta noin 30 prosenttia psykiatrisista potilaista kärsii päihdeongelmista.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa tulee kiinnittää huomiota sekä mielenterveys- että päihdeongelman hoitoon. Potilaiden hoito on haastavaa, sillä päihdeongelma saattaa ylläpitää tai pahentaa mielenterveydenhäiriötä ja toisaalta mielenterveydenhäiriö päihteenkäyttöä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on lisääntynyt, silti palvelut toimivat usein edelleen erillään (Partanen ym. 2010, 15). Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat suomalaisessa yhteiskunnassa heikossa asemassa. He kärsivät todellisesta leimautumisen uhasta, häpeästä ja jopa sosiaalisesta syrjäytymisestä, vaikka sairaus tai häiriö ei olisikaan pitkäkestoinen. (Holmberg ym. 2008, 78.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien syntyyn vaikuttava tärkeä riskitekijä on syrjäytyminen jo nuorella iällä. Syrjäytyminen alkaa usein jo kouluiässä ja näkyy ensimmäiseksi poissaoloina koulusta sekä erilaisina sopeutumisongelmina, myöhemmin koulutuksen ulkopuolelle jättäytymisenä ja nuorisotyöttömyytenä. 1990-luvulta lähtien erityisopetuksen tarve on lisääntynyt ja myös lastensuojelun ja mielenterveyspalveluiden piiriin on tullut yhä enemmän kouluikäisiä lapsia. (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen, 2010, 51.) 1990-luvun loppupuolella koulutuksen ulkopuolelle jäävien 17–

24-vuotiaiden nuorten osuus väheni, mutta 2000-luvulle tultaessa myönteinen kehitys pysähtyi (Autio & Paju, 2005, 27). Vuoden 2011 alkupuolella 15–24-vuotiaiden nuorten työttömyysaste oli 19,1 prosenttia koko väestön työttömyysasteen ollessa 8,2 prosenttia (Tilastokeskus 2011).

4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT

Tämä luku käsittelee mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä niitä ohjaavia lakeja. Tässä tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat tärkeässä osassa. Suomessa perustuslaki velvoittaa julkisen vallan turvaamaan jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. Jokaisella kansalaisella tulisi siis olla yhdenvertainen oikeus palveluihin ja tulla kohdelluksi ihmisarvon mukaisesti. (Suomen perustuslaki 731/1999). Tässä luvussa keskitytään myös mielenterveyttä edistävään ja päihdeongelmia ennaltaehkäisevään työhön ja sen tärkeyteen.

4.1 Mielenterveyslaki ja mielenterveyspalvelut

Mielenterveyslaki (1116/1990) sisältää mielenterveystyön käsitteiden, sisällön, valvonnan sekä järjestämisvastuun ja järjestämisperiaatteiden määrittelyn. Vuonna 2001 mielenterveyslakiin tehtiin kaksi lisäystä, koskien potilaan sairaalasta poistamista sairaanhoitopiirin toimintayksikön valvonnassa 18. a § sekä potilaan perusoikeuksien rajoittamista tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana (4. a luku). Mielenterveislain alussa 1. § määrittellään mielenterveystyötä ja sen sisältöä. Lain 2. § käsittelee mielenterveystyön ohjausta ja valvontaa ja siinä todetaan mielenterveystyön suunnittelun, ohjauksen ja valvonnan kuuluvan pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriölle. Vuonna 2001 säädettiin, että lääninhallitus vastaa läänin alueella tapahtuvan mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta.

Mielenterveyspalvelujen järjestämisestä on säädetty mielenterveislain 3 §:ssä. Lain mukaan kunnan on järjestettävä mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Kansanterveystyöstä on säädetty kansanterveyslaissa (66/1972) ja sosiaalihuollosta sosiaalihuoltolaissa (710/1982). Erikoissairaanhoitolaille (1062/1989) säädellään erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvan toiminnan järjestämistä, eli myös kunnan alueella tapahtuvan erikoissairaanhoitona annettavien mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveislain (1116/1990) mukaan mielenterveyspalveluiden tulee

sisällöltään ja laajuudeltaan vastata kunnan tarvetta ja muotoutua toiminnalliseksi kokonaisuudeksi.

Kotkan alueella mielenterveyspalveluita järjestävät Kotkan kaupunki sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea. Carea tuottaa lasten- ja nuorten psykiatriset palvelut Kymenlaakson alueella. Kotkan alueella sijaitsevaan Mielenterveyskeskukseen hakeudutaan esimerkiksi terveyskeskuslääkärin tai työterveyslääkärin läheteellä. Akuuttityöryhmään sen sijaan ei tarvita lähetettä. Mielenterveyskeskuksessa on lukuisia eri työskentelymuotoja, kuten psykiatrinen selvittely, tutkimus ja hoito, psykologiset ja sosiaaliset tutkimukset sekä erilaiset terapiamuodot. Mielenterveyskeskus järjestää myös ryhmäkuntoutusta, kuntoutus- ja asumispalveluita sekä verkostotapaamisia. (Aikuisten mielenterveyspalvelut Kotkassa, 2011.)

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala sijaitsee Kuusankoskella, Kouvolassa. Psykiatriassa sairaalassa on viisi aikuispsykiatrian osastoa, joista yksi on vanhuspotilaille suunnattu osasto, kaksi nuorisopsykiatriasta osastoa sekä yksi lastenpsykiatrian osasto. Sairaalassa toimii lisäksi myös toiminnallisen kuntoutuksen yksikkö. Kymenlaakson keskussairaalassa Kotkassa toimii yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, jonne tullaan lääkärin läheteellä. Poliklinikan tarkoituksena on tarjota psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatiopalveluja somaattisen erikoissairaanhoidon potilaille. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, 2011.)

Muista Etelä-Kymenlaakson kunnista Pyhtää ostaa avopalvelut Kotkan kaupungilta sekä erikoissairaanhoidon palvelut Carealta (Mielenterveyspalvelut, Pyhtää). Haminan alueella toimii depressiohoitaja ja psykologi. Depressiohoitajan toimenkuvaan kuuluu ennaltaehkäisevä mielenterveystyö sekä depressiopotilaiden hoito. Vastaanotoille pääsee ajanvarauksella ja palvelut ovat haminalaisille maksuttomia. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut, Hamina.) Kaakon kaksikossa, eli Virolahdella ja Miehikkälässä järjestetään mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta sekä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Virolahdella ja Miehikkälässä toimii kaksi mielenterveysvastaanottoa, joissa työskentelee psykiatrisia sairaanhoitajia. Hoidosta vastaa psykiatrian erikoislääkäri. Psykiatrisesta sairaalahoidosta ja lasten ja nuorten palveluiden järjestämisestä vastaa Carea. (Mielenterveyspalvelut, Kaakon kaksikko.) Tukikeskus Villa Jensen tarjoaa virka-ajan ulkopuolista kriisi-, päivystys- ja turvaanottopalvelua

Kotkan, Haminan, Virolahden, Pyhtään ja Miehikkälän kuntien asukkaille (Tukikeskus Villa Jensen).

4.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö voidaan jakaa kolmeen osaan, joita ovat mielenterveyttä edistävä, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevä sekä mielenterveyden häiriöitä korjaava toiminta (Vuori-Kemilä ym. 2007, 21). Nämä kolme osa-aluetta muodostavat mielenterveystyön kokonaisuuden. Ehkäisevä mielenterveystyö toteutuu yleensä varsinaisten mielenterveyspalveluiden ulkopuolella, esimerkiksi perheissä, päivähoitopaikoissa, kouluissa, työpaikoilla, erilaisissa järjestöissä ja kulttuuri- ja ympäristötoimessa. Kuitenkin myös mielenterveyspotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen tulee sisältyä mielenterveyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työote. (Stengård ym. 2009, 8.)

4.3 Päihdehuoltolaki ja päihdepalvelut

Päihdepalvelujen toimivuudesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö määrittelemällä palveluiden kehittämistä koskevat suuntaviivat, valmistelemalla lainsäädännön ja ohjaamalla uudistusten toteuttamista. Vastuu päihdepalveluiden järjestämisestä on kunnilla. Kunnille on määritetty vaatimukset palveluiden toteuttamisesta Päihdepalvelujen laatusuosituksessa. (Päihdepalvelut 2011.) Valvira ja aluehallintovirastot valvovat palveluiden laatua. Päihdeongelmaisia koskevia muita lakeja ovat esimerkiksi opioidiriippuvaisten korvaushoitoa koskeva asetus (33/2008), tartuntatautilaki (583/1986) sekä - tartuntatautiasetus, jossa määrätään huumeiden käyttäjien terveysneuvonnasta.

Päihdepalveluiden järjestämisestä määrätään Päihdehuoltolaissa 41/1986. Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja samalla siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Tavoitteena on myös päihteiden ongelmakäyttäjän sekä hänen läheistensä toimintakyvyn edistäminen ja turvallisuus. Lain mukaan kunnat ovat velvoitettuja järjestämään päihdepalvelut kuntalaisten tarpeiden mukaan. (Päihdehuoltolaki 41/1986.) Kunnat järjestävät palvelut joko itsenäisesti, yhteistyössä toisen kunnan kanssa, ostopalveluna toiselta kunnalta tai ostopalveluna kolmannen sektorin toimijoilta. Tällä hetkellä yli puolet kuntien tarvitsemista palveluista ostetaan kolmannelta sektorilta. (Partanen ym. 2010, 35–36.)

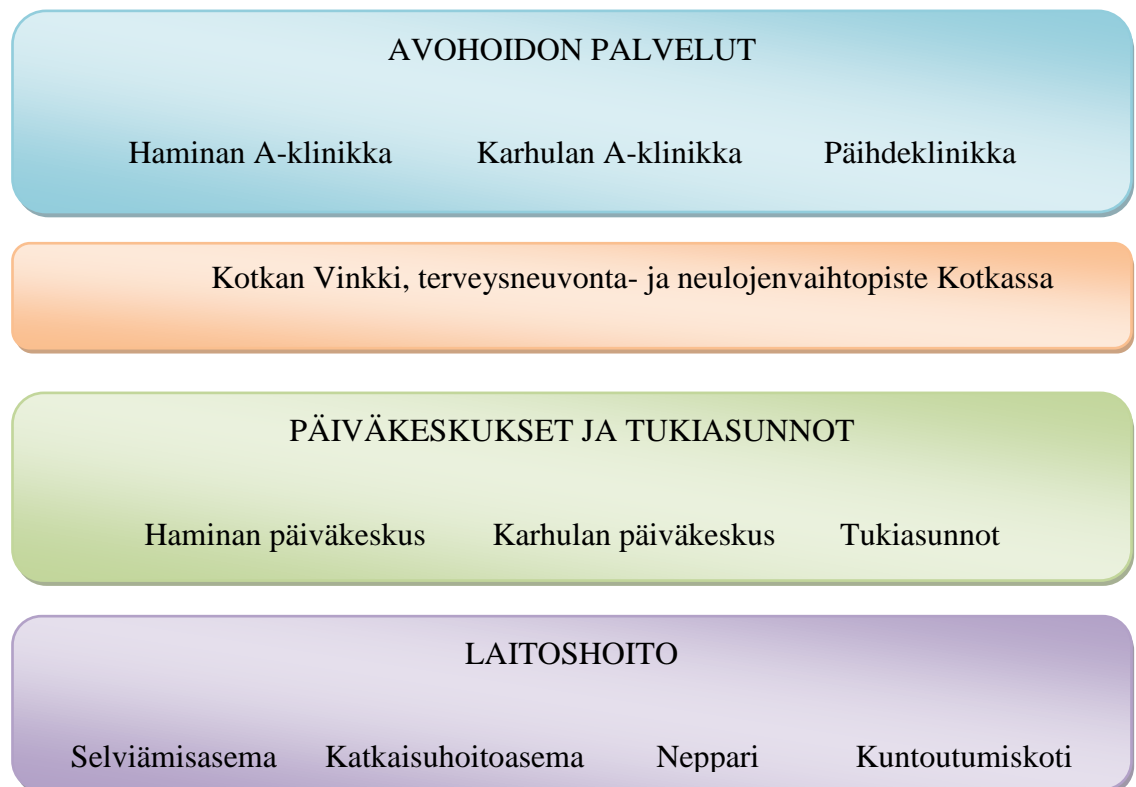
Päihdepalveluita järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluina sekä päihdehuollon erityispalveluina, kuten A-klinikoina, nuorisoasemina sekä katkaisu- ja kuntoutusyksiköinä. Nykyään yhä enemmän tiedostetaan mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteenliittyminen ja palveluja yritetäänkin pikkuhiljaa kehittää yhtenäisemmiksi. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan huomattava osa päihdeongelmaisista kohdataan kuitenkin muualla kuin päihdehuollon erityispalveluissa, esimerkiksi sosiaalitoimistoissa, terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa tai kotipalvelussa. (Partanen ym. 2010, 36.)

Päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaan jokaisella kunnalla on oltava päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002). Päihdestrategiassa tulee määritellä, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittoja ja miten päihdepalvelut järjestetään (Laitila & Järvinen 2009, 6).

Kotkassa päihdepalvelut järjestetään A-klinikan ostopalveluna. A-klinikan järjestämiä avohoidon palveluita ovat A-klinikan toimipisteet Haminassa ja Karhulassa sekä Päihdekliniikka Kotkansaarella. Avohoidon palvelut ovat kaikille avoimia, eli niihin ei tarvita lähetettä. Toimipisteet ovat avoinna arkisin virka-aikaan. Terveysneuvontapiste Vinkki sijaitsee Karhulan A-klinikan yhteydessä ja on avoinna kahtena iltapäivänä viikossa. Päiväkeskukset ovat avoinna arkisin ja niissä on mahdollista viettää aikaa raittiina, ruokaillen ja keskustellen. Tukiasuntoihin voi hakea A-klinikan kautta ja asunnon saaminen edellyttää A-klinikan asiakkuutta. Tukiasunnoissa voi harjoitella itsenäistä asumista ja saada tukea raittiina pysymiseen. (Kuva 2). Kymen A-klinikkatoimi järjestää yhdessä Kotkan kaupungin, Kotka-Haminan seudun työvoimatoimiston ja Kotka-Haminan työvoiman palvelukeskus Väylän kanssa yhteistyössä kuntouttavaa työtoimintaa Kotkan alueen pitkäaikaistyöttömille ja syrjäytymisuhan alla oleville Kotkan Turvalassa. (Kymen A-klinikkatoimi, Itä-Suomen palvelualue, avohoito.)

Laitoshoidon paikkoja Etelä-Kymenlaakson alueella ovat Selviämisasema ja Katkaisuhuoltoasema Kotkan Turvalassa, jotka ovat avoinna vuorokauden ympäri. Molempiin voi mennä ilman lähetettä. Neppari on arviointi ja kuntoutumisyksikkö mielenterveys- ja päihdeongelmaisille asiakkaille. Yhteydenotto tai lähete voi tulla laajasti eri sosiaali- ja terveyspalveluista, tai hakeutuminen voi tapahtua myös katkaisuhuoltoaseman kautta. Kuntoutumiskoteihin on mahdollista päästä varaamalla neuvottelu-aika, tai

suoraan A-klinikan eri yksiköiden kautta (Kuva 2). Lisäksi A-klinikkatoimi tarjoaa huostaan otetuille tai sijoitetuille nuorille päihdekatkaisua ja hoidontarpeen arviointia Stoppari Haminassa ja pidempiaikaista laitosasumista moniongelmaisille nuorille Stoppari Valkamassa. Eri-ikäisille alkoholiongelmallisille pitkäaikaisia ja pysyviä asu- mispalveluja löytyy Kiviniemikoti Siltakylästä ja Leporannan palvelutalosta sekä Kesärantakodista Kotkasta, sekä Miehikkälässä sijaitsevasta Tulevaisuuden talosta ja Yhteisökoti Miehikkälästä. (Kymen A-klinikkatoimi, Itä-Suomen palvelualue, laitoshoido.)



Kuva 2. Kymen A-klinikkatoimen tarjoamat päihdepalvelut Etelä-Kymenlaaksossa. (Kymen A-klinikkatoimen esite alueen päihdepalveluista)

4.4 Päihdetyö

Päihdetyöllä tarkoitetaan kokonaisuutta, joka käsittää terveyttä edistävän sekä päihteiden käytön haittoja ehkäisevän ja korjaavan näkökulman (Havio & Inkinen 2009, 11). Ehkäisevä päihdetyö on toimintaa terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi, tukemalla päihhteettömiä elintapoja sekä ehkäisemällä ja vähentämällä päihde-

haittoja sekä lisäämällä päihdeilmiön ymmärrystä ja hallintaa. Osa ehkäisevää päihdetyötä on perus- ja ihmisoikeuksien edistäminen päihteisiin liittyvissä asioissa. (Holmberg ym. 2008, 56.)

Korjaavalla päihdetyöllä tarkoitetaan palveluita, joita tarvitaan päihteiden ongelmakäytön ja päihderiippuvuuden hoitoon, haittojen vähentämiseen ja pahenemisen ehkäisyyn. Korjaavaa päihdetyötä on myös päihdeongelman uusiutumisen ehkäisyyn eli päihteettömän elämän tukeminen raitistumisen jälkeen. (Holmberg ym. 2008, 57.)

4.5 Mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä päihdetyö

Nyky-yhteiskunnassa mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansantaloudellinen merkitys. Vaikka mielenterveydenhäiriöt eivät sinänsä ole lisääntyneet, yhä enemmän ihmisiä jää niiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on yleistynyt. Samalla korostuu palveluiden jatkuva tehostaminen ja supistaminen. (Partanen, ym. 2010, 5.)

Käytännön asiakastyössä terveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdeongelmiin puuttuminen on puutteellista ja ne jäävät usein tunnistamatta. Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen on luotu useita hyväksyttyjä mittareita (mm. AUDIT ja GDS5). Ne ovat kuitenkin edelleen osittain alitunnistettuja ja niitä seulotaan epäsystemaattisesti. (Aalto ym. 2009, 10.)

Ennalta ehkäiseminen ja varhainen tunnistaminen korostuvat kaikissa ajankohtaisissa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisissa ohjelmissa sekä hankkeissa (Aalto ym. 2009, 9). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009–2015 korostaa ehkäisevän työn merkitystä sekä mielenterveys- ja päihdetyön yhä tiiviimpää yhteen liittymistä ja yhteistyötä.

Mielenterveydenhäiriöt alkavat usein nuorena, mutta hoitoon hakeudutaan vasta aikuisuudessa, kun ongelmien kanssa on painittu jo pitkään ja tilanne on mahdollisesti vaikeutunut. Keskimääräinen aika mielenterveydenhäiriöiden puhkeamisesta hoitoon hakeutumiseen on Suomessa lähes kymmenen vuotta (Aalto ym. 2009, 7). Ongelmien varhaisella tunnistamisella ja niihin puuttumisella voitaisiin ennaltaehkäistä ongelmien muuttumista vaikeammiksi. Useat mielenterveys- ja päihdetyöohjelmat korostavatkin nykyään varhaisen puuttumisen tärkeyttä. (Partanen, ym. 2010, 25–26.)

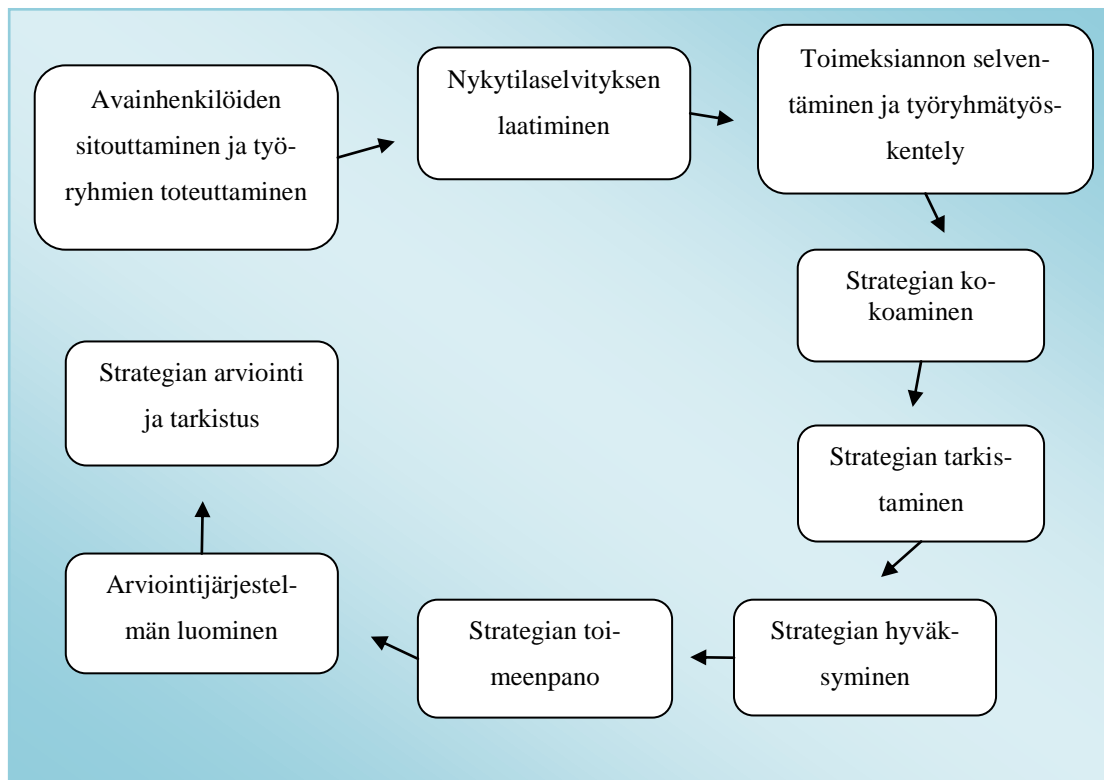
Ennaltaehkäisy sekä avohoidon merkitys korostuvat vahvasti lainsäädännössä, jolla ohjataan mielenterveystyötä. Mielenterveystyö pyrkiikin nykypäivänä painottamaan mielenterveyden edistämistä väestön elinolosuhteita kehittämällä. Tällä tarkoitetaan mm. mielenterveydelle suotuisten tekijöiden lisäämistä ja epäsuotuisten tekijöiden eliminoimista. Mielenterveystyötä ei ole laissa kohdistettu ainoastaan yksilöihin, vaan kohteena ovat myös perheet, ryhmät ja sosiaalinen sekä fyysinen ympäristö. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 21.)

Mielenterveyden edistämistä on kaikki työ ja toiminta, joka vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä (Aalto ym. 2009, 7). Primääripreventiolla mielenterveystyössä tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään ennaltaehkäisemään mielenterveydenhäiriöiden syntyä. Sekundaaripreventio on osa ehkäisevää mielenterveystyötä. Sen tarkoituksena on sairauksien mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja hoitaminen. (Aalto ym. 2009, 7.) Nykyiset mielenterveyspalvelut on suunnattu pääosin jo sairastuneiden tai oirehtivien potilaiden hoitoon, vaikka mielenterveyslaissa korostetaan ennaltaehkäisyn tärkeyttä (Partanen ym. 2010, 25).

5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESTRATEGIA

Suomessa laki velvoittaa kunnat laatimaan itselleen mielenterveys- ja päihdestrategian osaksi kunnan terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaa, joka puolestaan on osa kuntastrategiaa (Päihdepalvelujen laatusuositus, Mielenterveyspalvelujen laatusuositus). Kunnan mielenterveys- ja päihdestrategialla tarkoitetaan pitkäaikaista suunnitelmaa siitä, miten mielenterveys- ja päihdeasiat kunnassa pitää järjestää, kunta-laisten hyvinvoinnin ja riittävien palveluiden takaamiseksi. Suunnitelma sisältää tavoitteet joihin pyritään ja keinot joita tavoitteisiin pääsyyn tarvitaan. (Laitila & Järvinen 2009, 5–7.)

Strategian laatiminen on vaiheittainen prosessi, joka etenee seuraavan kaavion mukaisesti (kuva 3). Opinnäytetyö on osa nykytilaselvityksen vaihetta. Nykytilaselvityksen vaiheessa tavoitteena on kerätä tietoa eri lähteistä, kuten kuntalaisilta, ammatti-ihmisiltä ja palveluiden käyttäjiltä. (Laitila & Järvinen 2009, 12–13.) Tässä vaiheessa kerättyä tietoa hyödynnettiin uuden mielenterveys- ja päihdestrategian laadinnassa. Opinnäytetyötä käytetään myös mielenterveys- ja päihdestrategian tulevassa seurannassa ja arvioinnissa.



Kuva 3. Mielenterveys- ja päihdestrategian laatiminen. (Laitila & Järvinen 2009, 12)

6 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville, mitä Etelä-Kymenlaakson asukkaat ajattelevat alueen mielenterveys- ja päihde tilanteesta sekä palveluiden riittävyydestä ja tietävätkö kuntalaiset mistä voi hakea apua mielenterveys- tai päihdeongelmiin. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää kuntalaisten ajatuksia keinoista hyvän mielenterveyden edistämiseksi ja päihdeongelmien ennaltaehkäisemiseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa juuri tämän hetkistä tilannetta Etelä-Kymenlaaksossa kuntalaisten kokemana. Kuntalaisten näkemykset otettiin huomioon laadittaessa alueen mielenterveys- ja päihdestrategiaa vuosille 2012–2016.

1. Mitä kuntalaiset ajattelevat Etelä-Kymenlaakson mielenterveystilanteesta?

1.1 Voivatko kuntalaiset hyvin?

1.2 Onko mielenterveydenongelmiin ja -häiriöihin saatavilla riittävästi apua ja tukea?

1.3 Tietävätkö kuntalaiset mistä apua voi hakea mielenterveydenongelmaan?

2. Miten hyvää mielenterveyttä voisi edistää Etelä-Kymenlaaksossa?

3. Ovatko kuntalaiset huolissaan päihdeiden käytöstä asuinalueellaan?

3.1 Mikä päihdeongelmien lisääntymisessä huolestuttaa erityisesti?

3.2 Onko päihdeongelmiin saatavilla riittävästi apua tai tukea?

3.3 Tietävätkö kuntalaiset mistä voi hakea apua päihdeongelmaan?

4. Miten päihdeongelmien syntyä voitaisiin ennaltaehkäistä Etelä-Kymenlaaksossa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kvantitatiivisella eli tilastollisella tutkimuksella selvitettiin lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Kvantitatiiviselle tutkimukselle olennaista oli riittävän suuri ja edustava otos. Tutkimusaineistoa kerättiin standartoidun tutkimuslomakkeen avulla. (ks. Heikkilä 2008, 16.) Vilkan mukaan (2005, 73) määrällistä tutkimusta tehtäessä suositeltavia aineistonkeruumenetelmiä ovat kyselylomake, systemaattinen havainnointi sekä valmiiden rekisterien ja tilastojen käyttö. Kyselylomake on näistä eniten käytetty menetelmä.

Opinnäytetyö oli osa Mietippä-hanketta. Työssä selvitettiin kuntalaisten ajatuksia alueellisten palveluiden riittävydestä ja ongelmien ennaltaehkäisyn keinoista. Tutkimuksen perusjoukolla tarkoitettiin tutkittavaa kohdejoukkoa, josta tietoa haluttiin kerätä. Perusjoukoksi työssä määriteltiin kuntalaiset Kotkasta, Haminasta, Pyhtäältä, Virolahdelta sekä Miehikkälästä. Tutkimus päätettiin toteuttaa kvantitatiivisena tutkimuksena, koska työtä varten tarvittiin mahdollisimman kattava otos alueen väestöstä. Luotettavan tutkimustuloksen saamiseksi otannon tuli olla riittävän suuri ja monipuolinen. (ks. Heikkilä 2010, 34.)

Alkuperäinen tavoite, joka tuli hankkeen taholta, oli saada noin 150 vastausta. Kyselylomake katsottiin sopivimmaksi aineistonkeruumenetelmäksi, sillä kerättävä aineisto oli suuri ja osa kysymyksistä oli arkaluontoisia.

Tutkimus- ja menetelmäkirjallisuudessa kvantitatiivisen tutkimuksen vaiheet esitetään selkeästi etenevänä jatkumona. Tutkimuksen vaiheet etenevät osittain samanaikaisesti, vaikka prosessi usein esitetäänkin erillisinä vaiheina (Viinamäki & Saari 2007, 49). Tutkimuksen tekeminen alkoi tutkimusongelman määrittämisestä ja tutkimustavoitteiden asettamisesta. (ks. Heikkilä 2008, 22–25.) Tämän tutkimuksen tutkimusongelmat nousivat Mietippä-hankkeen ja mielenterveys- ja päihdestrategian tarpeista.

Samalla kun tutkijat perehtyivät aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin sekä jo olemassa olevaan teorian tietoon, he aloittivat tutkimussuunnitelman laatimisen. Tämän jälkeen edettiin tutkimussuunnitelman mukaan lomakkeen laadinnalla ja tietojen keräämisellä. Seuraava vaihe oli tietojen käsittely sekä analysointi ja tulosten raportointi. Viimeisessä vaiheessa tutkijat tekevät johtopäätöksiä ja pohtivat tulosten hyödyntämistä. (ks. Heikkilä 2008, 22–25.)

Kvantitatiivinen tutkimus kohdentui muuttujien mittaamiseen ja niiden välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujat olivat riippumattomia eli selittäviä kuten vastaajien taustatiedot, tai riippuvia eli selitettäviä, kuten vastaajan tyytyväisyys palveluihin. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.) Operationalisoinnilla tarkoitetaan teoreettisten käsitteiden ja teorian muuttamista arkikieleen ja mitattavaan muotoon. Tällöin muuttujat ryhmiteltiin, järjesteltiin, luokiteltiin ja vakioitiin. Muuttujat piti pilkkoa ennen mittaamista pienemmiksi osa-alueiksi: kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi. (Liite 3.) Tämä vaihe oli operationalisointia. (ks. Vilka 2007, 36–37.) On aina tiedettävä täsmällisesti, mitä tutkitaan; muuten ei tiedetä, mitä pitää mitata. Myös vastaajien on ymmärrettävä käsitteet ja kysymykset samoin, muuten vastaukset eivät ole luotettavia ja yleistettäviä. (Vilka 2007, 36–37.)

Ensimmäisessä vaiheessa tutkijoiden oli muutettava teoreettiset käsitteet arkikieleksi eli käsitteet hahmoteltiin ja määriteltiin yleisesti. Tämän jälkeen ne muutettiin eri osa-alueisiin. Osa-alueet jaettiin kysymyksiksi ja vakioitiin vaihtoehdoiksi. Tutkijat tarkastivat vielä, että asiasisältö oli säilynyt samana. Operationalisointi täytyi tehdä tarkasti, jotta saatiin tarkin tieto siitä, mitä haluttiin tietää. (ks. Vilka 2007, 38.)

Operationalisoinnin toisessa vaiheessa tutkijat siirtyivät aineiston käsittelyn ja analysoinnin kautta teoreettiselle tasolle. Se oli tulkintaa teorian, arkikielen ja tutkimuskohteen välillä. Tutkijoiden oli tunnettava teoria, malli ja aiemmat tutkimukset, jotta operationalisointi onnistui. Nämä vaiheet vaikuttivat tutkimustulosten luotettavuuteen ja pätevyYTEEN. (Vilka 2007, 43–44.)

Kyselylomakkeen laatiminen oli tutkimusprosessin kriittisin vaihe. Lomakkeen tuli olla hyvin suunniteltu ja kysymysten muotoiluun tuli kiinnittää erityistä huomiota. Kyselylomaketta suunniteltaessa tutkijan tuli olla selvillä, mihin kysymyksiin hän etsii vastauksia. Lomakkeen suunnittelu pohjautui tutkimussuunnitelmaan. (ks. Vilka 2005, 84.) Tutkimuksen tavoite tuli olla selvillä, jotta kyselylomakkeen laatiminen voitiin aloittaa. Taustatekijät eli selittävät muuttujat oli selvitettävä ennen lomakkeen laadintaa. Tutkimuslomakkeen kysymysten avulla oli saatava selville tutkittava asia. (ks. Heikkilä 2010, 47). Lomakkeen laadinta aloitettiin käsitteellisen viitekehyksen määrittelyllä. Kyselylomakkeen jokainen kysymys ja vastausvaihtoehto pohjautui siis aikaisempaan tutkittuun tietoon. (ks. Viinamäki 2007, 50–52.) Tätä kuvaa muuttujataulukko (liite 3).

Kyselylomakkeen alkuun laadittiin lyhyet saatesanat (liite 2). Saatesanoilla tarkoitetaan alle puolen sivun mittaista selontekoa tutkimuksesta (ks. Vilka, 2007, 80). Saatesanoissa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja annettiin ohjeet lomakkeen täyttämistä varten. Lisäksi kerrottiin kerättyjen tietojen luottamuksellisesta käsittelystä.

Usein kyselylomake aloitetaan helppoilla kysymyksillä tai taustakysymyksillä kuten kysymällä ikää, sukupuolta tms. Lomakkeen alussa oli tarkoitus johdatella vastaajaa aiheeseen ja tämän jälkeen vasta kysyttiin aremmista aihealueista, kuten omasta mielenterveydestä. (ks. Aaltola & Valli 2010, 104.)

Kyselylomakkeessa oli monivalintakysymyksiä ja sekamuotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä vastaajalla oli valmiit vastausvaihtoehdot, eli kysymys oli standardoitu. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista oli annettu, mutta mukana oli myös yksi avoin kysymys. (ks. Vilka 2005, 86.) Kysymyksiä rakennettaessa kiinnitettiin huomiota kysymysten selkeyteen ja vastaajalle henkilökohtaiseen sanamuotoon. Myös lomakkeen ulkoasun tuli olla selkeä ja helposti lähestyttävä. (ks. Heikkilä 2010, 48–49.) Tässä tutkimuksessa kyselylomake haluttiin pitää pääosin strukturoituna. Vastaajan taustatiedoista kysyttiin sukupuolta, ikää ja kotikuntaa.

Strukturoituja kysymyksiä kyselylomakkeessa oli kahdeksan. Kyselylomakkeessa oli myös kuusi sekamuotoista kysymystä, joilla haluttiin antaa kuntalaisille avoimen vastauksen mahdollisuus. Sekamuotoisissa kysymyksissä oli useita vastausvaihtoehtoja valmiiksi annettuna ja viimeisenä avoin vastausvaihtoehto. Kysymysten rakenteisessa osassa käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa. Likertin asteikko on tavallisesti 4-, 5- tai 7-portainen asteikko ja se soveltuu hyvin mielipiteitä mittaaviin kysymyksiin. (ks. Heikkilä 2010, 52–53.) Selkeyden vuoksi kyselylomake oli jaettu mielenterveystilannetta sekä päihdetilannetta käsitteleviin osioihin. Molempien osioiden kysymykset muotoiltiin toisiaan vastaaviksi. Yhteensä kyselylomakkeessa oli 17 kysymystä ja se oli viisi sivua pitkä. (Liite 2.)

Lomakkeesta ei tehty liian pitkää vastaajan mielenkiinnon säilyttämiseksi. Liian pitkä kyselylomake saattaa heikentää vastauksien luotettavuutta. Oli huomioitava vastaajien lukutaito, aihealue, ajankäyttö ja aiheen merkitys vastaajille. Kyselylomake saa olla maksimissaan viisi sivua pitkä. (ks. Aaltola & Valli 2010, 106.) Kysymyksissä oli valmiita vastausvaihtoehtoja ja ne numeroitiin tilasto-ohjelmaan syöttämisen helpottamiseksi. (ks. Aaltola & Valli 2010, 106.)

Kyselylomake oli aluksi testattava 5–10 henkilöllä, jotka pyrkivät selvittämään muun muassa kysymysten ja ohjeiden selkeyttä sekä lomakkeen täyttämiseen kuluva aikaa (ks. Heikkilä 2010, 61). Kyselylomake (liite 2) testattiin kahdeksalla eri-ikäisellä ihmisellä. Testaamisen jälkeen lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muotoiluun ja vastausvaihtoehtoihin tehtiin tarvittavat muutokset. (ks. Heikkilä 2010, 61.) Opinnäytetyön ohjaajan ajatuksesta kyselylomakkeen mielenterveysosaa täydennettiin vielä kysymyksillä 4 ja 5. Tällöin mielenterveys- ja päihdeosioista saatiin kysymysrakenteeltaan samankaltaiset. Tämä helpotti vastausten vertailua ja tulkintaa.

Tutkimusta varten laadittiin yhden sivun mittainen saatekirje (liite 4). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tavoite ja mainittiin tutkijoiden nimet sekä oppilaitos. Lisäksi saatekirjeessä oli Mietippä-hankkeen projektityöntekijän nimi ja yhteystiedot. Saatekirje asetettiin kuntalaisten näkyville pöydälle, jolla kyselylomakkeita täytettiin. Kirjallisen saatteen tarkoitus oli antaa vastaajalle tieto, mihin tarkoitukseen hän antaa tietojaan, mielipiteitään ja miten kyseisiä tietoja käytetään. Näin vastaaja saattoi päättää

halusiko hän vastata kyselyyn. Lisäksi kyselyn aiheen arkaluontoisuus vaati tarkan informoinnin (ks. Vilkkä 2007, 81, 88.)

7.2 Aineiston keruu

Kyselytutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin informoitua kyselyä. Informoidulla kyselyllä tarkoitetaan kirjekyselyn ja henkilökohtaisen haastattelun välimuotoa. Tällöin tutkija on läsnä kyselytilanteessa ja voi tarvittaessa tarkentaa lomakkeen kysymyksiä suullisesti. (ks. Heikkilä 2008, 18.) Tämä tutkimus päätettiin toteuttaa informoituna kyselynä, sillä kyselylomake muodostui viisi sivua pitkäksi, jolloin mahdollinen informaation tarve lomaketta täytettäessä saattaisi kasvaa. Lomakkeeseen vastaaminen haluttiin myös pitää vapaaehtoisena, mutta tutkijoiden haluttiin olevan paikalla kannustamassa vastaamaan kyselyyn.

Kyselytutkimus antoi vastaajille mahdollisuuden pysyä anonyymeinä. Tästä syystä se soveltuikin hyvin myös henkilökohtaisten tai arkaluontoisten asioiden tutkimiseen. (ks. Vilkkä 2007, 28.) Tässä tutkimuksessa kysyttiin vastaajan kokemusta omasta mielenterveydestään sekä huolta omasta päihteiden käytöstä, jolloin kyselytutkimus oli sopivin aineistonkeruu menetelmä.

Rajallisten mahdollisuuksien vuoksi kyselyä ei voitu toteuttaa kaikissa viidessä tutkitavan alueen kunnassa. Kyselyaineistoa päätettiin kerätä kolmesta eri kohteesta Etelä-Kymenlaakson alueelta. Aineiston keruupaikoiksi valittiin S-ryhmän toimipisteet, Kotkan Prisma, Haminan S-market ja Virolahden S-market. Näiden liikkeiden koettiin olevan sopivia paikkoja aineiston keruuseen, koska niissä asioi kuntalaisia joka yhteiskuntaluokasta ja ikäryhmästä. Kotkan Prismassa uskottiin asioivan melko paljon pyhtäläisiä vastaajia. Virolahden S-market on kaakon kaksikon suurin päivittäistavarakauppa, minkä vuoksi se valittiin kolmanneksi toteutuspaikaksi.

Opinnäytetyössä kuntalaisilla tarkoitetaan Etelä-Kymenlaakson alueella pysyvästi asuvia ihmisiä. Etelä-Kymenlaakson kuntiin kuuluvat Kotka, Hamina, Virolahti, Miehikkälä sekä Pyhtää. Väestötietojen mukaan kunnissa on asukkaita seuraavasti, Kotkassa 54 802, Haminassa 21 406, Virolahdella 3 492, Miehikkälässä 2 179 ja Pyhtäällä 5 362, jolloin yhteensä asukkaita Etelä-Kymenlaakson alueella on 87 241. Kunnan asukas on oikeutettu kunnan tarjoamiin sosiaali- ja terveystalveluihin. (Halonen 2010.) Kyselylomakkeen (liite 2) perustiedoissa kysyttiin vastaajan kotikuntaa. Tut-

kimuksessa otettiin huomioon vain jonkun Etelä-Kymenlaakson kunnista kotikunnakseen ilmoittaneiden tutkittavien vastaukset.

Suunnitelmaseminaarissa pohdittiin kuntalaisten innokkuutta vastata kyselyyn. Heräsi ajatus arvonnän järjestämisestä vastaamishalukkuuden lisäämiseksi. Koska vastaaminen kyselyyn oli anonyymiä, arvonta järjestettiin niin, että laatikosta nostettavasta lipukkeesta näki saman tien, voittiko sillä. Palkinnot arvontaan saatiin Kotkan Prismasta ja yksityiseltä sponsorilta.

Otimme yhteyttä puhelimitse S-ryhmän toimipisteisiin ja sovimme tapaamisen aluksi Kotkan Prismaan aulatilojen vuokrauksesta vastaavan henkilön kanssa. Tapaamisessa selviteltiin kyselyaika ja -paikka sekä tilan vuokra. Tutkimuksen hyvän tarkoituksen vuoksi Kotkan Prisma tarjosi mahdollisuuden suorittaa kyselyn aulatiloiissaan ilman maksua. Haminan ja Virojoen S-marketteihin olimme puhelynyhteydessä, jolloin kerroimme tutkimuksestamme ja sovimme kyselyajankohdat.

Kyselylomakkeita kopioitiin 2.12.2011 Turvalan A-klinikalla 200 kappaletta. Myöhemmin kopioitiin vielä 100 lisäkappaletta. Hankkeen puolelta saatiin vastaajille jaettavaksi esitteitä mielenterveys- ja päihdepalveluista, sekä iso Mietippä-hankkeen posterit kyselypaikalle. Virojoen kyselypäiväksi saatiin A-klinikan auto bensakulujen kattamiseksi. Vastaajille tarjottiin kyselyn yhteydessä makeisia, jotka Mietippä-hanke kustansi.

Kysely toteutettiin itsenäisyyspäivän aattona 5.12. ja 7.12.2011 Kotkan Prisman aulassa sekä 9.12.2011 Haminan S-marketissa ja 12.12.2011 Virojoen S-marketissa. Ensimmäisenä kyselypäivänä saavuimme aamulla Kotkan Prismalle ja aluksi pystytimme kyselypisteen. Olimme pukeutuneet Mietippä-hankkeen meille teettämiin vaaleanpunaisiin t-paitoihin ja meillä oli hankkeen nimineulat. Saimme käyttööme kaksi pöytää, toiselle pöydälle laitoimme esille mielenterveys- ja päihdeaiheiset esitteet, saatekirjeen sekä arvontakorin. Toinen pöytä oli varattu kyselylomakkeiden täyttämistä varten. Pöydällä oli tarjolla joulumakeisia vastaajille. Pöytien läheisyyteen oli varattu tuoleja, jotta ikäihmiset ja liikuntarajoitteiset jaksaisivat vastata kyselyyn. Ensimmäisenä toteutuspäivänä liikkeellä oli hyvin paljon ihmisiä. Rohkaisimme ihmisiä vastaamaan kyselyyn ja kerroimme opinnäytetyöstämme ja tutkimuksen tarkoituksesta. Iloinen ja aktiivinen olemuksemme sai monet ihmiset keskustelemaan mielenterveys- ja päihdeasioista kanssamme. Tarvittaessa vastaajia ohjattiin lomakkeen täyttämisessä.

Alkuperäisenä tavoitteena oli kerätä Prismalta 100 lomaketta kahden päivän aikana. Ensimmäisen toteutuspäivän saldona oli 120 vastattua lomaketta. Toisena kyselypäivänä Prismassa oli huomattavasti vähemmän asiakkaita, joten vastausinnostuskin oli vaisumpaa. Toisena päivänä kerättiin kuitenkin vielä noin 50 vastattua lomaketta. Kotkassa kyselyn aihe tuntui aidosti kiinnostavan monia vastaajia ja jotkut kertoivat myös omista kokemuksistaan mielenterveys- ja päihdeongelmien suhteen. Jotkut vastaajista kertoivat omista kokemuksistaan mielenterveys- ja päihdepalveluista asiakkaan näkökulmasta. Jotkut alalla työskentelevistä jäivät myös keskustelemaan aiheen tärkeydestä. Haminassa ja Virolahdella aineiston keruu suoritettiin vastaavalla tavalla, kuin Kotkassa. Haminan S-marketissa vastaushalukkuus oli niukempaa, ja useita lomakkeita palautettiin vain osittain täytettyinä. Virolahdelta ja Haminasta kertyi vielä noin 110 vastattua lomaketta.

7.3 Aineiston analysointi

Täytetyt kyselylomakkeet käytiin läpi ja numeroitiin. Tällöin huomattiin, että osa lomakkeista oli puutteellisesti täytettyjä. Lomakkeet, joissa oli vastattu vähintään 70 prosenttiin kysymyksistä, otettiin mukaan aineiston analyysiin. Kyselylomakkeessa laskettiin olevan yhteensä 57 pakollista vastauskohtaa, eli 40 vastauskohtaa tuli olla asianmukaisesti täytettyjä. Tämän katsottiin olevan riittävä vastausmäärä tutkimuksen luotettavuuden säilymiseksi.

Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 278 kappaletta. Hylätysti täytettyjä kyselylomakkeita oli 36 kappaletta. Koko tutkimuksen otannaksi tuli $N=242$ hyväksytysti täytettyä vastauslomaketta. Kyselylomakkeiden strukturoitujen kysymysten vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan ja kaksi tutkijaa tarkisti ne. Sen jälkeen tiedosto tallennettiin. Aineisto analysoitiin sukupuolen, kotikunnan ja iän mukaan SPSS -tietojenkäsittelyohjelmalla. Ristiintaulukoinnin avulla haluttiin tietää miten toinen muuttuja vaikuttaa toiseen, eli muuttujien riippuvuutta toisistaan (ks. Vilkkä 2007, 129).

Tulosten merkittävyyttä arvioitiin merkitsevyystason p eli probability perusteella. Tilastollisesti merkittäväksi tulokseksi tässä tutkimuksessa on mainittu ne tulokset, joissa $p < 0,01$. Merkitsevyystaso kertoo, kuinka suuri on riski, että riippuvuus johtuu satumasta. (ks. Heikkilä 2010, 194, 212; Holopainen & Pulkkinen 2008, 177.) Riippumattomuustestillä χ^2 (khiin neliö -testi) selvitettiin, onko sarake- tai rivimuuttujien vä-

lillä riippuvuutta (Heikkilä 2010, 212). SPSS-ohjelmassa vapausasteita merkitään lyhenteellä df. Vapausaste on laskennallinen kaava rivien ja sarakkeiden määrästä, ja sen ja khiin neliön avulla lasketaan merkitsevyystaso. (Heikkilä 2010, 212; ks. Liite 5). Strukturoitujen kysymyksien vastaukset päätettiin esittää taulukoina sekä palkkikaavioina. Taulukoihin on mahdollista sisällyttää suuri määrä numerotietoa, josta poimittiin tekstiin keskeisimpiä asioita. Palkkikaavion avulla ristiintaulukoituja muuttujia voitiin esittää havainnollisesti. (ks. Vilkkä 2007, 134.)

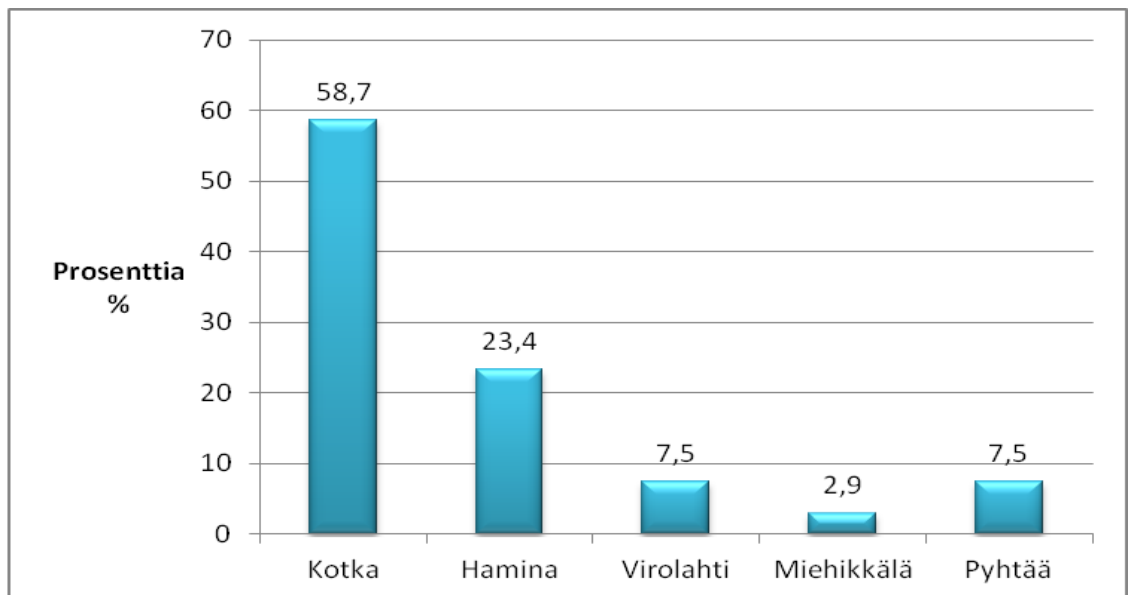
Tutkimukseen hyväksytyistä kyselylomakkeista vain 24:ssä oli vastattu avoimiin vaihtoehtoihin. Vastaukset kirjoitettiin kysymys kerrallaan Excel-ohjelmaan. Vastaukset olivat hyvin monimuotoisia. Mukaan tutkimustuloksiin päätettiin nostaa sellaiset vastaukset, joita esiintyi aineistossa vähintään kaksi kertaa. Vastaukset haluttiin säilyttää alkuperäisessä ilmaisumuodossaan tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi ja joitakin niistä nostettiin suorina lainauksina mukaan lopullisiin tutkimustuloksiin.

Tutkimustulokset julkaistiin mielenterveys- ja päihdestrategiatyöryhmälle Kymenlaakson ammattikorkeakoulun auditoriossa pidetyssä strategiatyöryhmien kokouksessa 21.5.2012. Opinnäytetyön keskeiset tulokset esiteltiin PowerPoint-esityksenä työryhmille. Esitys jätettiin hankkeen käyttöön. Myös muut Mietippä-hankkeen alla tehdyt opinnäytetyöt esiteltiin tilaisuudessa.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Hyväksyttyjä vastauslomakkeita saatiin yhteensä 242 kappaletta (N=242). Vastaajista 54,2 prosenttia oli naisia (n=129) ja 45,8 prosenttia miehiä (n=108). Viisi vastaajaa ei ilmoittanut sukupuoltaan. Kyselyyn vastanneista kotkalaisia oli runsas puolet (58,7 prosenttia) ja haminalaisia lähes neljännes (23,4 prosenttia). Vähiten vastanneita oli Miehikkälästä (kuva 4). Kolme kyselyyn vastannutta ei ilmoittanut kotikuntaansa.

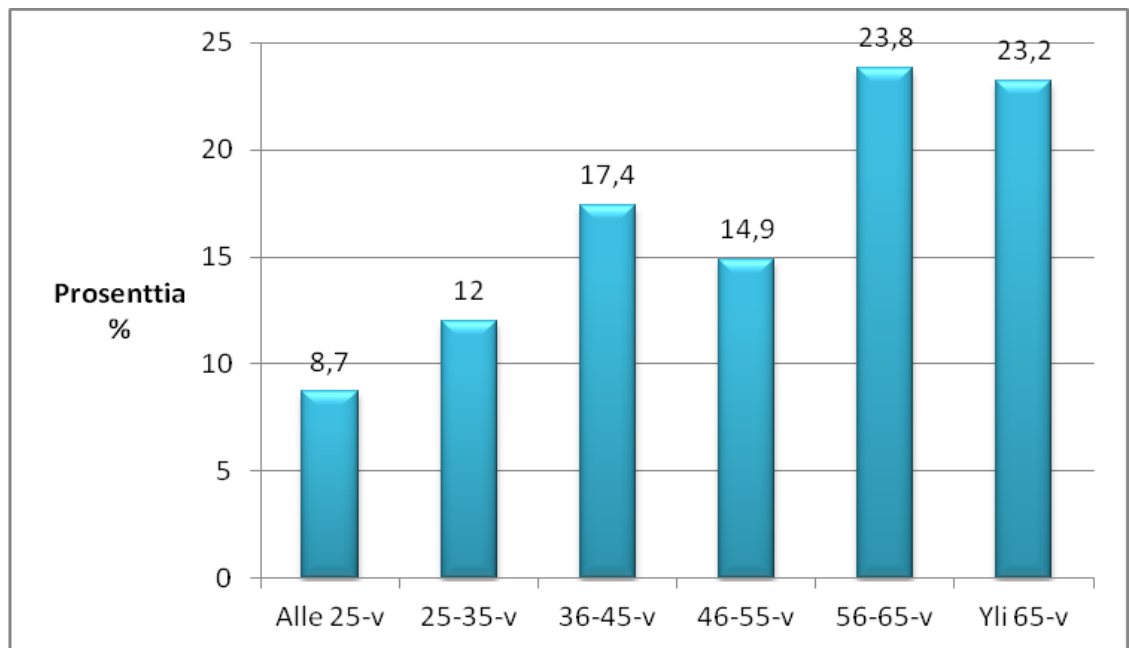


Kuva 4. Kyselyyn vastanneet (n=239) kunnittain

Kyselyyn vastanneita oli melko tasaisesti kaikista ikäryhmistä. Vastaajien jakautuminen ikäryhmittäin vastaa lähestulkoon Suomen väestön ikärakennetta (ks. Findikaattori 2011). Nuorin vastanneista oli 13-vuotias ja vanhin 85-vuotias, yksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä. Kaikki vastanneet jaettiin kuuteen ikäryhmään. Eniten vastanneita oli 56–65-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa oli 57 vastaajaa, sekä yli 65-vuotiaiden ryhmässä, jossa oli 56 vastaajaa. (Taulukko 1; Kuva 5.)

Taulukko 1. Vastaajien lukumäärä ikäryhmittäin (n=241)

	f
Alle 25-v	21
25–35-v	29
36–45-v	42
46–55-v	36
56–65-v	57
Yli 65-v	56
Yhteensä	241

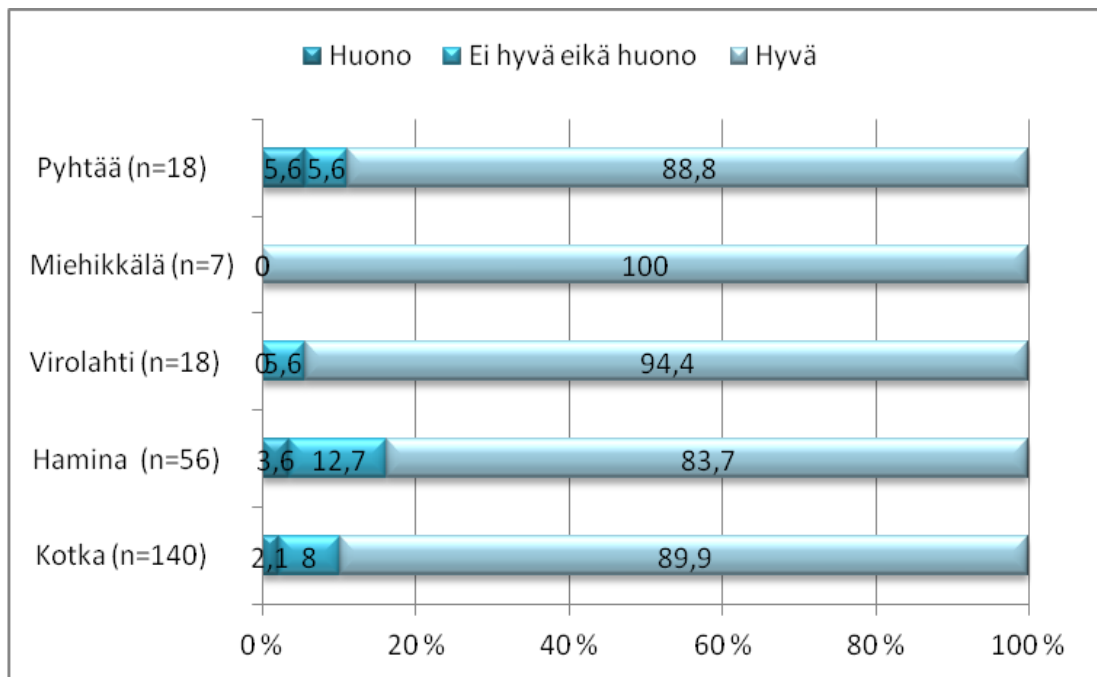


Kuva 5. Kyselyyn vastanneet ikäryhmittäin (N=241)

8.2 Kuntalaisten näkemys Etelä-Kymenlaakson mielenterveystilanteesta

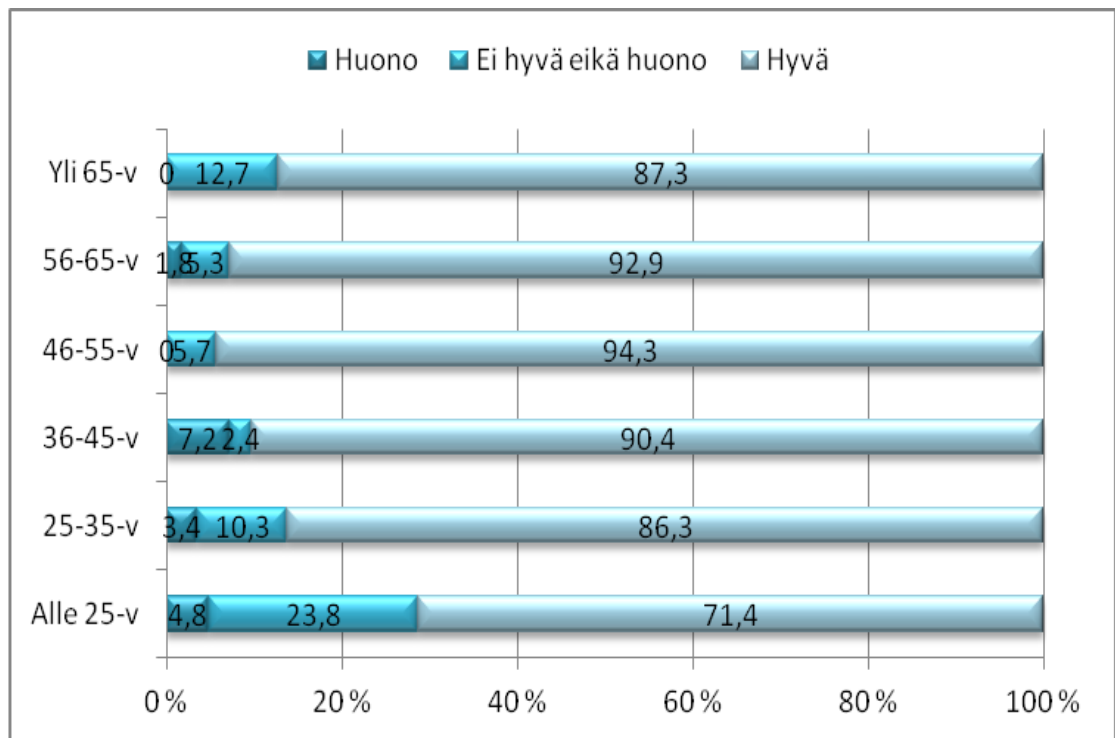
8.2.1 Voivatko kuntalaiset hyvin?

Oman mielenterveytensä hyväksi koki 88,7 prosenttia kaikista vastanneista. Verrattuna muihin kuntiin haminalaisista vastaajista selkeästi pienempi prosenttiosuus koki oman mielenterveytensä hyväksi (kuva 6). Pyhtäällä sen sijaan 5,6 prosenttia vastanneista ilmoitti kokevansa oman mielenterveytensä huonoksi tai melko huonoksi (kuva 6).



Kuva 6. Koettu oma mielenterveys kunnittain (n=237)

Omaa mielenterveyden kokemista tarkasteltiin myös ikäryhmittäin. Vastauksissa erottui etenkin alle 25-vuotiaiden sekä 36–45-vuotiaiden ikäryhmät. Alle 25-vuotiaista vastanneista vain 71,4 prosenttia ilmoitti kokevansa oman mielenterveytensä hyväksi. Suhteellisen suuri osuus, 23,8 prosenttia ei kokenut mielenterveyttään hyväksi eikä huonoksi (kuva 7). 36–45-vuotiaiden vastanneiden ikäryhmässä huomattavan suuri osuus, 7,2 prosenttia koki oman mielenterveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi (kuva 7).



Kuva 7. Koettu oma mielenterveys ikäryhmittäin (n= 240)

Kaikista vastanneista 28,7 prosenttia oli melko tai erittäin paljon huolissaan oman kuntansa mielenterveystilanteesta. Mielenterveyttä uhkaavista tekijöistä eniten huolta aiheuttivat työttömyyden lisääntyminen, melko tai erittäin paljon huolissaan oli 187 vastaajaa. Nuorten syrjäytymisestä melko tai erittäin paljon huolissaan oli 163 vastaajaa. Myös yhteisöllisyyden puute, turvattomuus, sosiaalisten verkostojen puute ja mielenterveyden häiriöiden lisääntyminen huolestuttivat kuntalaisia (taulukko 2). Avoimissa vastauksissa kyselylomakkeen kohdassa 5 g (liite 2), kuntalaiset nostivat esiin myös palveluiden pariin hakeutumisen vaikeuden, palvelujen hajanaisuuden ja ihmisten välinpitämättömyyden:

”Ihmiset eivät kehtaa / halua hakeutua palvelujen pariin.”

”Jos ei oo rahaa, ei saa hoitoa.”

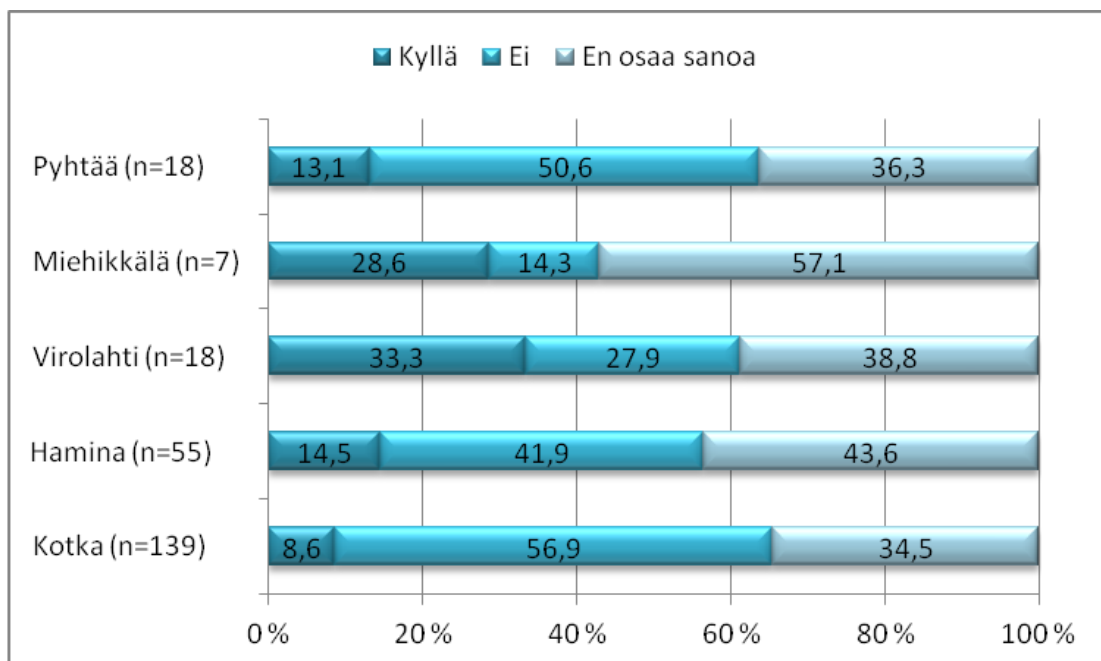
”Välinpitämättömyys ja piittaamattomuus, päättäjät ei välitä.”

Taulukko 2. Mikä huolestuttaa mielenterveystilanteessa oman kunnan alueella?

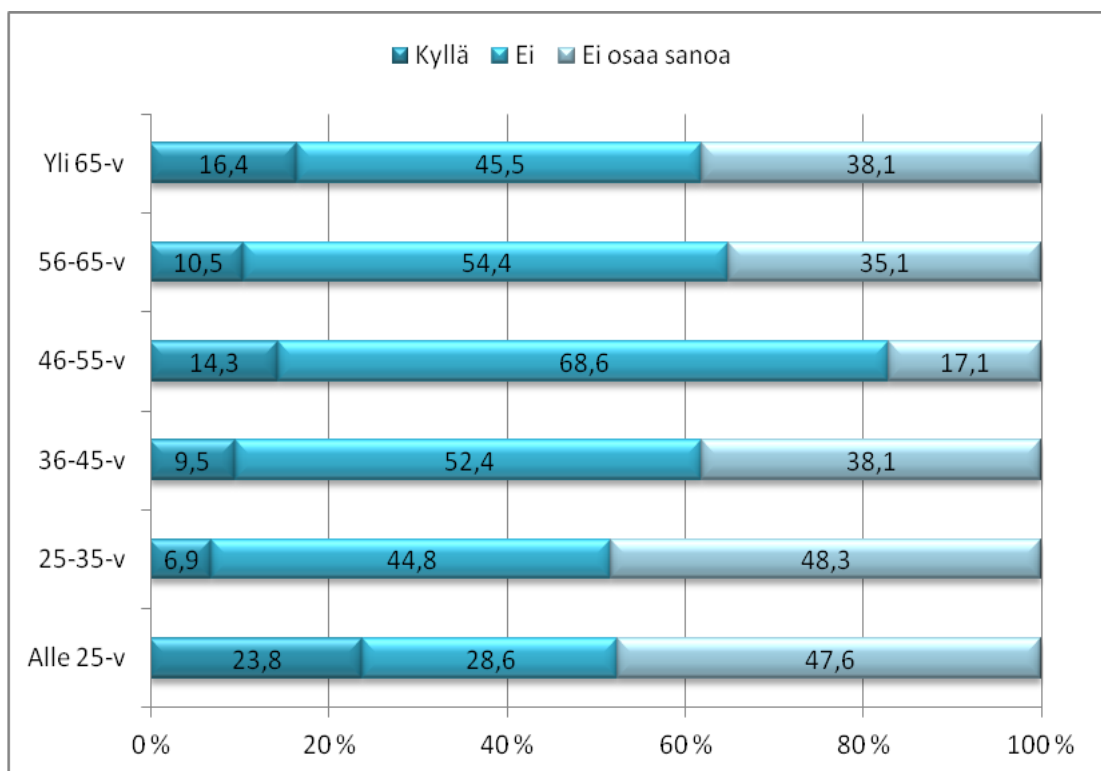
	Ei lainkaan	Erittäin vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon	Yhteensä
	f	f	f	f	f	f
Mielenterveyden häiriöiden lisää- tyminen	11	25	111	74	18	239
Sosiaalisten ver- kostojen puute	6	32	90	85	25	238
Nuorten syrjäyty- minen	4	14	56	97	66	237
Turvattomuus	10	36	83	76	32	237
Työttömyyden lisääntyminen	5	13	35	91	96	240
Yhteisöllisyyden puute	6	26	98	72	25	227

8.2.2 Mielenterveyspalveluiden riittävyys

Kaikista vastanneista vain 12,9 prosenttia koki mielenterveyspalvelut riittäviksi. Miehikkälässä ja Virolahdella palvelut koettiin riittävämmiksi kuin Etelä-Kymenlaakson muissa kunnissa. Erityisesti Pyhtäällä ja Kotkassa palvelut koettiin riittämättömiksi (Kuva 8). Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 25-vuotiaiden vastanneiden ikäryhmä (n=21) koki mielenterveyspalvelut huomattavasti riittävämmiksi kuin muut ikäryhmät. Selkeästi tyytymättömmimpiä mielenterveyspalvelujen saatavuuteen olivat 46–55-vuotiaat vastaajat (kuva 9).



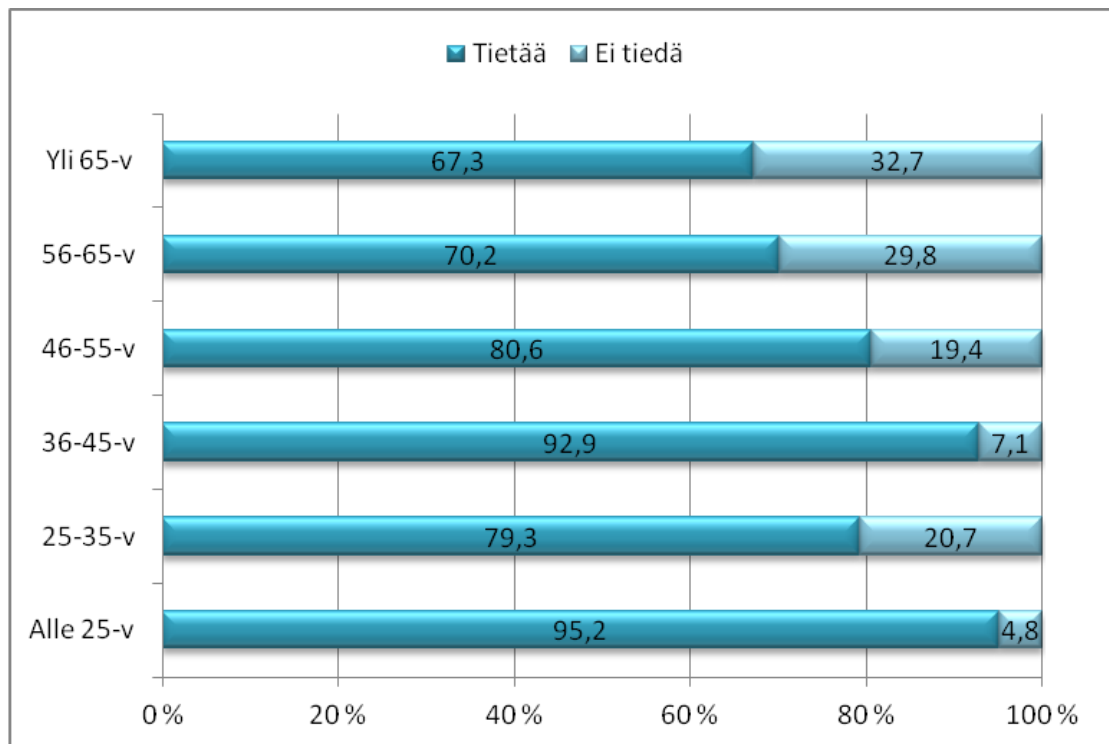
Kuva 8. Onko mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin saatavilla riittävästi apua ja tukea kunnittain? (n=240)



Kuva 9. Onko mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin saatavilla riittävästi apua ja tukea ikäryhmittäin? (n=239)

8.2.3 Kuntalaisten tietämys mielenterveyspalveluista

Kyselyssä selvitettiin vastaajien tietämystä mielenterveyspalveluista ja palvelujen riittävyydestä. Vastanneista 21,6 prosenttia ei tiennyt, mistä hakisi apua mielenterveysongelmiin. Sukupuolten välillä oli suuria eroja. Naisista 15,4 prosenttia ja miehistä 29,4 prosenttia ei tiennyt, mistä hakisi apua mielenterveysongelmaan. Naiset (60,5 %) olivat miehiä (39,4 %) tyytymättömämpiä palveluiden määrään. Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 25-vuotiaat sekä 36–45-vuotiaat tiesivät muita ikäryhmiä paremmin, mistä hakea apua mielenterveysongelmaan (kuva 10). Vanhemmissa ikäryhmissä tietämys avunhakupaikoista oli heikompi. Myös merkittävän suuri osuus (20,7 %) 25–35-vuotiaista ei tiennyt, mistä hakea apua mielenterveysongelmaan. Tämä tulos oli tilastollisesti merkittävä.



Kuva 10. Tietävätkö kuntalaiset mistä hakea apua mielenterveysongelmiin ikäryhmittäin? (n=241) ($\chi^2=15,076$, $df=5$, $p<,01$) (liite 5).

Todennäköisimmin apua mielenterveysongelmaan haettaisiin mielenterveystoimistosta, omalta perheeltä tai työterveyshuollosta. Mielenterveystoimistosta apua hakisi melko tai hyvin todennäköisesti 179 henkilöä vastanneista (taulukko 3). Perheeltä apua pyytäisi melko tai erittäin todennäköisesti 155 vastaajaa. Huomattavan suuri

osuus vastaajista ei hakisi apua papilta tai seurakunnasta. 54 vastaajaa ei hakisi apua terveyskeskuksesta. (Taulukko 3.) Kysymyksen 8 l avoimissa vastauksissa avunhaku- paikoiksi nimettiin Kela, internet sekä kohtalotoverit.

Taulukko 3. Mistä kuntalaiset hakisivat apua mielenterveysongelmaan

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En sa- maa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
	f	f	f	f	f	f
Terveyskeskuk- sesta	23	31	29	86	50	219
Yksityiseltä lää- käriltä	17	27	43	85	46	218
Yksityiseltä tera- peutilta	21	24	53	83	29	210
Työterveyshuol- lost	19	15	35	81	62	212
Opiskelija ter- veydenhuollosta	35	30	45	58	39	207
Mielenterveys- toimistosta	8	13	23	73	106	223
Psykiatrian poli- klinikalta	12	21	48	66	65	212
Papilta tai sie- lunhoitajalta	63	41	45	41	17	207
Ystävältä	19	21	38	82	61	221
Perheeltä	13	17	36	81	74	221
Sukulaisilta	33	41	51	53	29	207

8.3 Hyvän mielenterveyden edistämisen keinot kuntalaisten kokemana

Kyselyn tarkoituksena oli myös kartoittaa keinoja mielenterveyden edistämiseksi kunnan alueella. Vastaajat katsoivat työllisyyden tukemisen ja syrjäytymisen ehkäisemisen tärkeimmiksi tekijöiksi. Työllistymisen tukemista melko tai erittäin tärkeänä piti 222 vastaajaa (taulukko 4). Syrjäytymisen ehkäisemistä melko tai erittäin tärkeänä mielenterveyttä edistävä keinona piti 220 vastaajaa. Muita tärkeinä pidettyjä keinoja olivat nuorten palvelujen lisääminen, lapsiperheiden tukeminen, ikääntyneiden palvelujen lisääminen sekä koulutusmahdollisuuksien lisääminen. (Taulukko 4.)

Kuntalaisten omista vastauksista kyselylomakkeen kohdassa 9 g (liite 2) nousi esiin myös yhteisöllisyys, toisista välittäminen ja vastuu lähimmäisistä, liikunnan ja terveellisten elämäntapojen tukeminen sekä hoitohenkilökunnan koulutuksen lisääminen. Kuntalaisten ehdottamia hyvän mielenterveyden edistämisen keinoja olivat:

”Parantaa työllisyystilannetta ja tehdä töitä pysyvien työntekijöiden pysymiseen Kotkassa ja Kymenlaaksossa.”

”Avoimempaa keskustelua yhteiskunnassa.”

”Antamalla rakkautta toisilleen.”

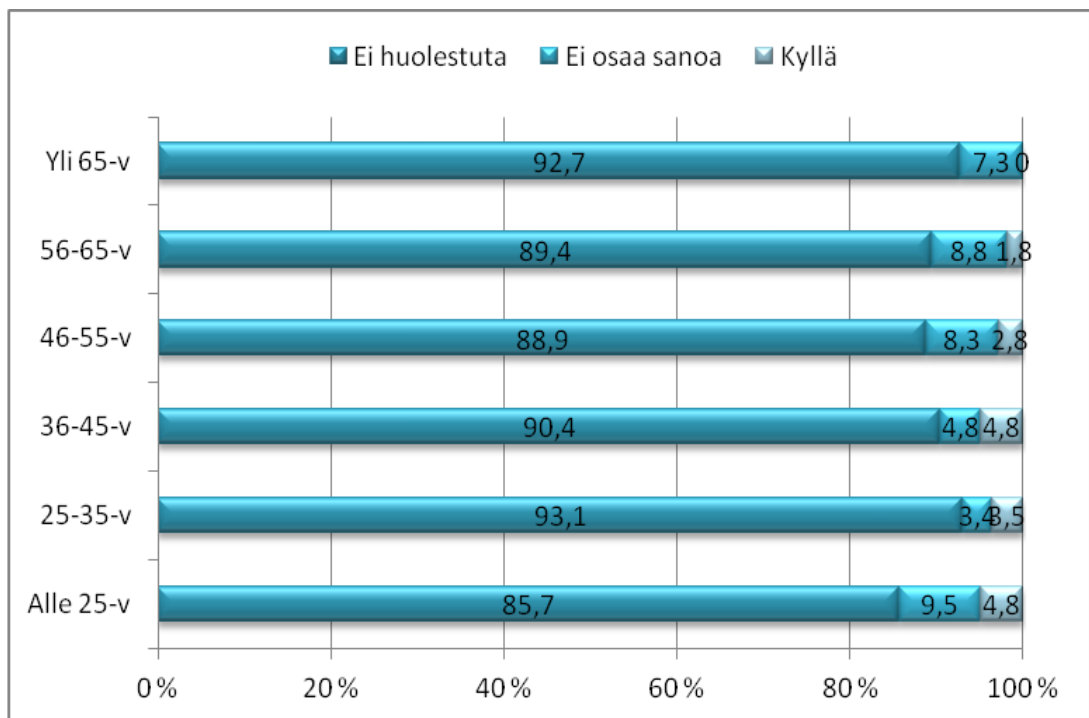
Taulukko 4. Millä keinoilla mielenterveyttä voisi edistää oman kunnan alueella

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En sa- maa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
	f	f	f	f	f	f
Lisäämällä koulu- tusmahdollisuuksia	4	12	44	116	52	228
Tukemalla työllisty- mistä	1	0	15	111	111	238
Ehkäisemällä syrjäy- tymistä	3	1	13	105	115	237
Tukemalla lapsiper- heitä	3	2	27	96	105	233
Lisäämällä nuorten palveluja	2	4	20	100	109	235
Lisäämällä ikäänty- neiden palveluja	3	3	22	110	84	222

8.4 Kuntalaisten näkemys Etelä-Kymenlaakson päihdetilanteesta

8.4.1 Päihdeongelmien lisääntymisessä huolestuttavat tekijät

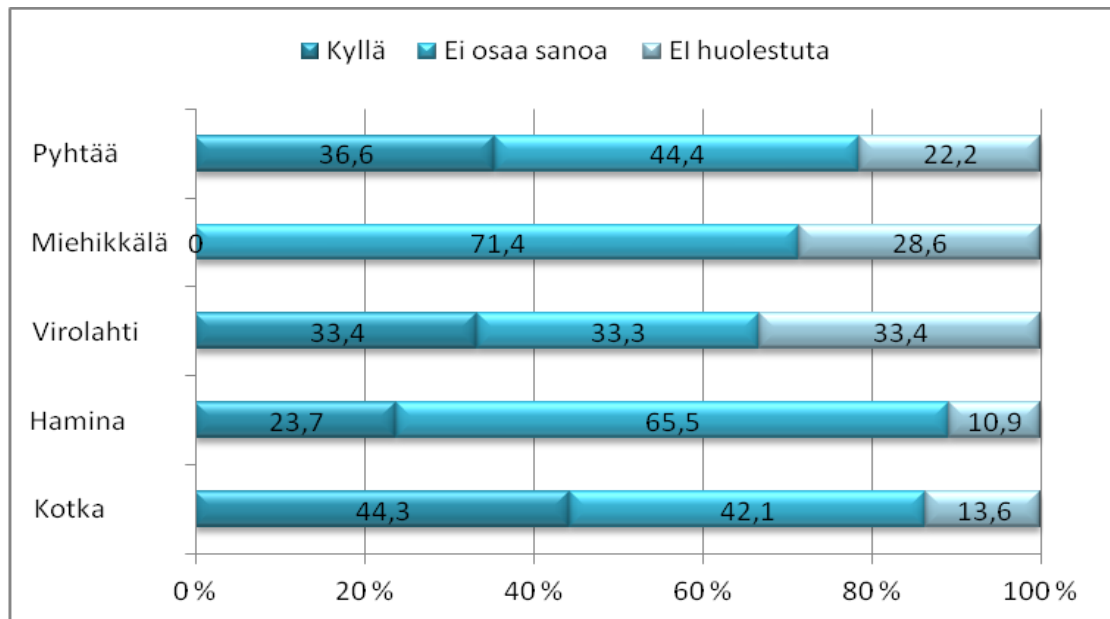
Kuntalaisten huolta päihteiden käytöstä tutkittiin kysymällä asiasta henkilökohtaisella ja yleisellä tasolla. Oman päihteiden käytön suhteen vastaukset olivat kunnittain tasaisia, 90,4 prosenttia kaikista vastanneista ei kokenut huolta omasta päihteiden käytöstään. Miespuolisia vastaajia oma päihteiden käyttö huolestutti jonkin verran naisia enemmän. Miespuolisista vastaajista 4,6 prosenttia oli melko tai erittäin huolissaan omasta päihteiden käytöstään, naisilla vastaava luku oli 0,8 prosenttia. Vähiten huolta omasta päihteiden käytöstään kantoivat alle 25–35-vuotiaat sekä yli 65-vuotiaat. Yli 65-vuotiaiden ikäryhmästä yksikään vastaaja ei ollut huolissaan omasta päihteiden käytöstään (kuva 11).



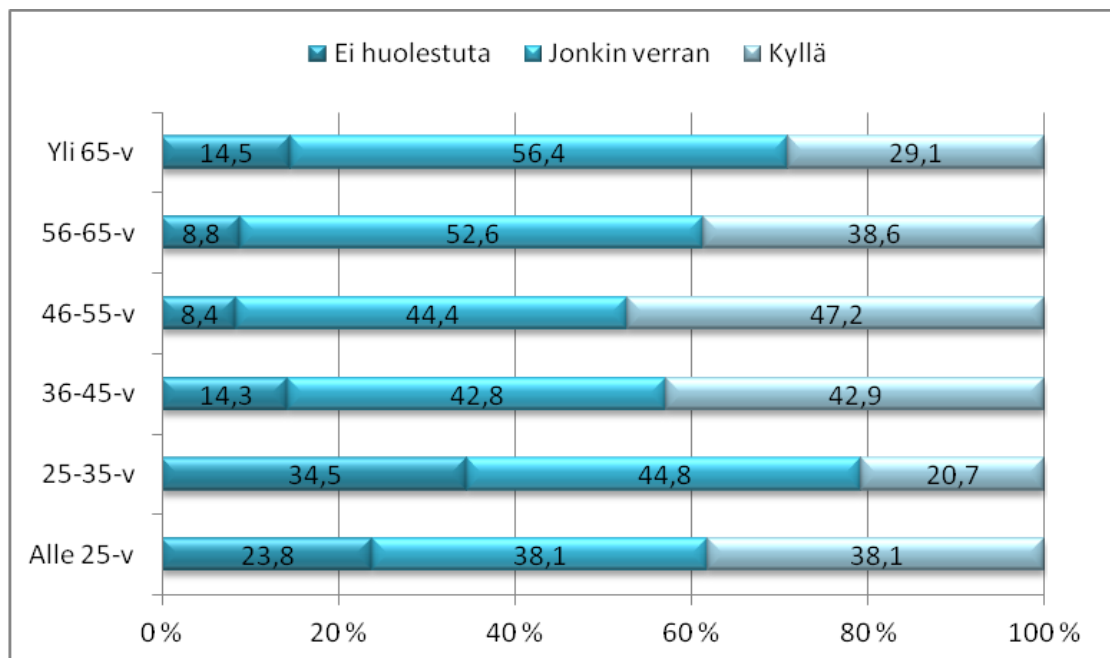
Kuva 11. Huolestuttaako oma päihteiden käyttö (n=240)

Eniten päihteiden käyttö oman kunnan alueella huolestutti kotkalaisia vastaajia, sen sijaan miehikkäläläisiä päihteiden käyttö ei huolestuttanut lainkaan. Suuri osa vastaajista ei osannut ilmaista kantaansa (kuva 12). Naispuoliset vastaajat (39,6 prosenttia) olivat miehiä (31,8 prosenttia) enemmän huolissaan päihteiden käytöstä oman kuntansa

alueella. 36–45- ja 46–55-vuotiaat olivat muita ikäryhmiä enemmän huolissaan päihteiden käytöstä kunnan tasolla (kuva 13).



Kuva 12. Huolestuttaako päihteiden käyttö oman kunnan alueella (n=241)



Kuva 13. Huolestuttaako päihteiden käyttö oman kunnan alueella ikäryhmittäin (n=241)

Eniten huolta kunnan tasolla aiheuttivat liian nuorten päihteiden käyttö sekä huumeiden käyttö, joista melko tai erittäin paljon huolissaan oli 174 vastaajaa (taulukko 5). Päihteiden käytöstä johtuvista terveyshaitoista huolta kantoi 154 vastaajaa. Myös terveyshaitat, väkivalta, turvattomuus sekä järjestyshäiriöt aiheuttivat huolta kuntalaisissa. (Taulukko 5.) Kuntalaisten omissa vastauksissa kohdassa 13 g (liite 2) esiin tuotiin huoli päihtyneenä ajamisesta, rikollisuuden lisääntymisestä ja nuorten myönteisistä asenteista päihteitä kohtaan, seuraavien kommenttien mukaisesti:

”Ajellaan autolla umpihumalassa alueella, jossa liikkuu pieniä lapsia.”

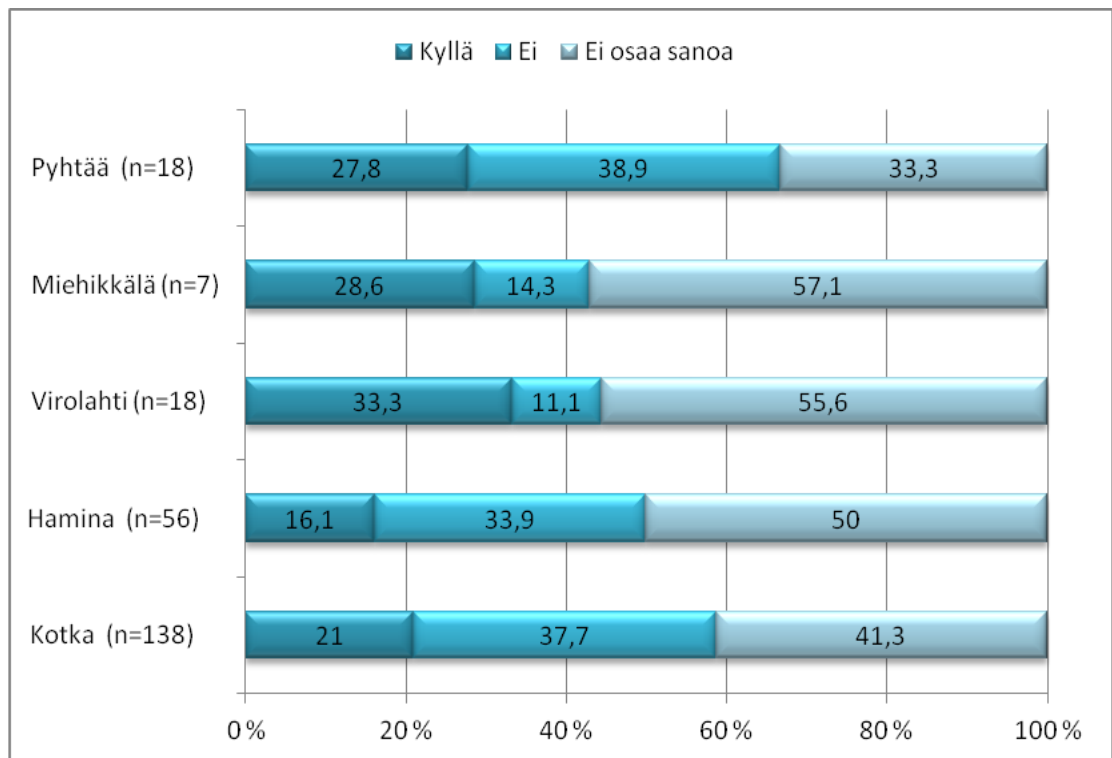
”Nuorten lisääntynyt huumeiden käyttö sekä asenteet siihen.”

Taulukko 5. Mikä päihteiden käytössä huolestuttaa erityisesti.

	Ei lain- kaan	Erittäin vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon	Yhteensä
	f	f	f	f	f	f
Liian nuorten päihteiden käyttö	4	4	57	82	92	239
Järjestyshäiriöt	6	32	100	70	30	238
Väkivalta	4	30	80	79	44	237
Turvattomuus	6	41	77	74	39	237
Terveyshaitat	5	23	56	88	66	238
Huumeiden käyttö	4	9	38	64	111	226

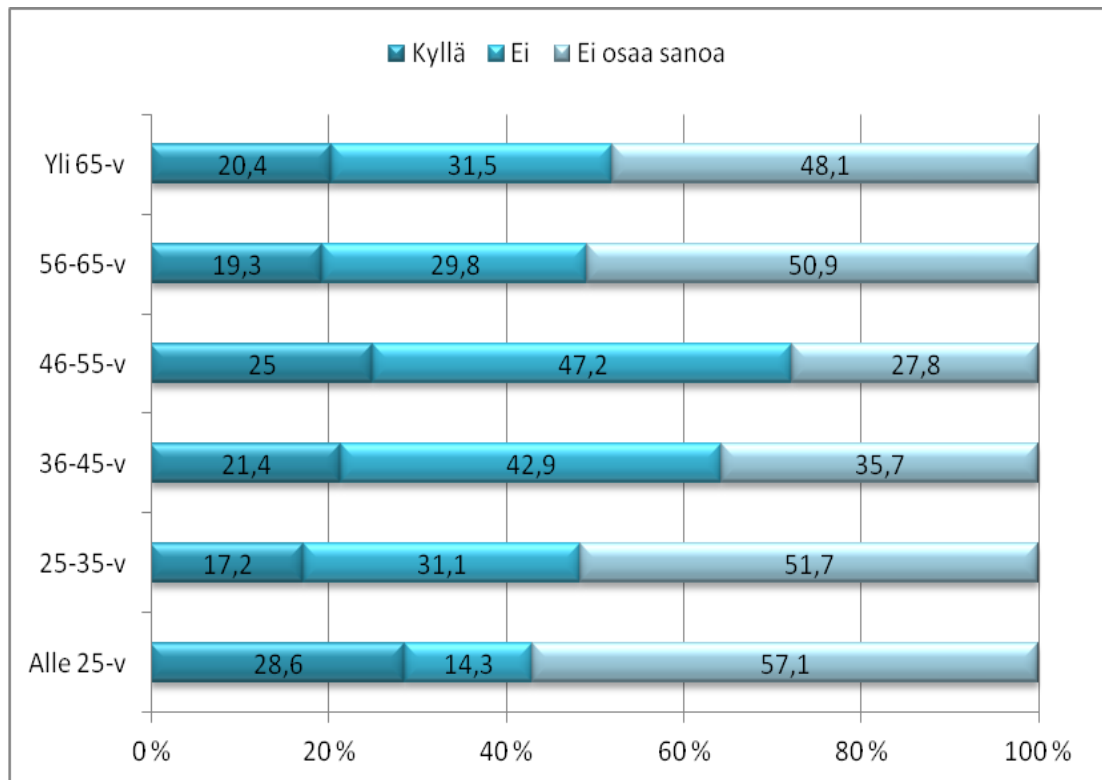
8.4.2 Päihdepalvelujen riittävyys kuntalaisten kokemana

Tutkimuksessa haluttiin selvittää kuntalaisten näkemystä päihdepalvelujen riittävydestä. Naisista 41,9 prosenttia ja miehistä 23,9 prosenttia koki palvelut riittämättömiksi. Tyytyväisimpiä päihdepalvelujen määrään oltiin Virolahdella, jossa 33,3 prosenttia vastaajista koki palvelut riittäviksi. Kotkassa, Haminassa ja Pyhtäällä palveluiden määrään oltiin tyytymättömmimpiä. Merkittävän suuri osa vastanneista ei osannut sanoa, ovatko päihdepalvelut riittäviä (kuva 14).



Kuva 14. Päihdepalvelujen koettu riittävyys kunnittain. (n=240)

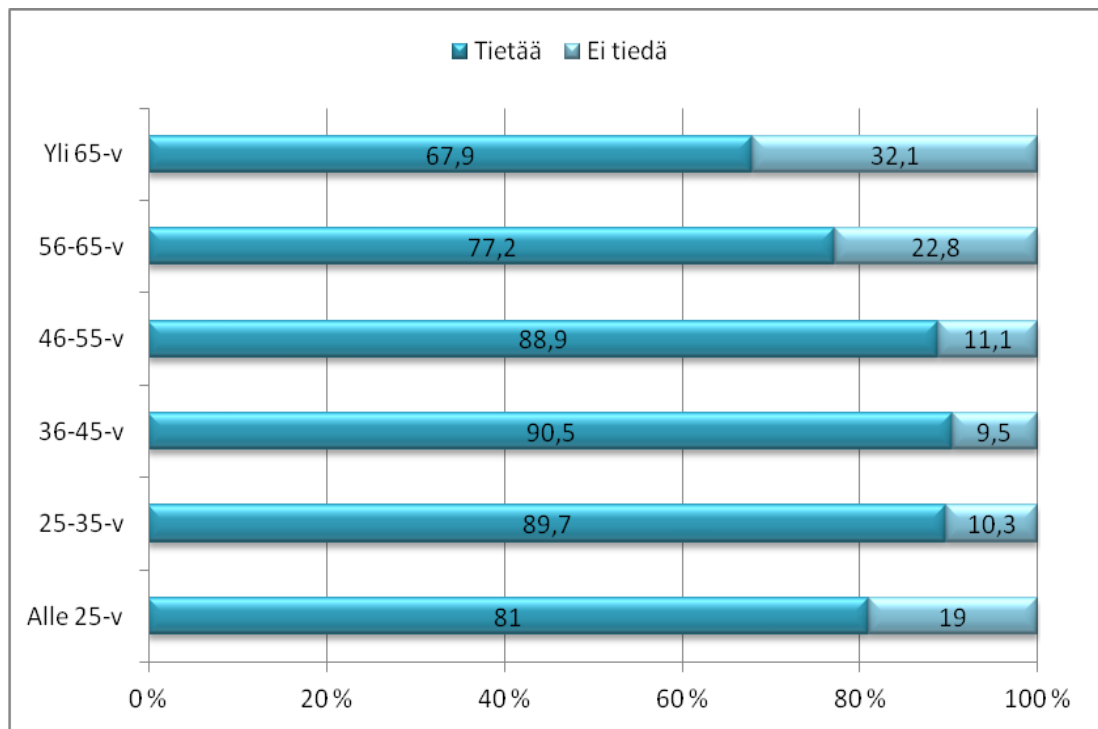
Päihdepalvelujen riittävyyteen oltiin tyytymättöimpiä 36–45-vuotiaiden ja 46–55-vuotiaiden ikäryhmissä (kuva 15). Vain noin viidennes (21,3 prosenttia) kaikista vastanneista koki päihdepalvelut riittäviksi, kuitenkin 45 prosenttia vastanneista ei osannut ilmaista kantaansa (kuva 15).



Kuva 15. Päihdepalvelujen koettu riittävyys ikäryhmittäin. (n=240)

8.4.3 Kuntalaisten tietämys päihdepalveluista

Kyselyllä tutkittiin kuntalaisten tietämystä päihdepalveluista ja palvelujen riittävydestä. Kaikista vastaajista 18,8 prosenttia ei osannut sanoa, mistä hakisi apua päihdeongelmaan. Naisista 85,2 prosenttia ja miehistä vain 76,1 prosenttia tiesi, mistä hakisi apua päihdeongelmaan. Ikäryhmittäin tuloksissa on nähtävissä merkittäviä eroja. Yli 65-vuotiaista lähes kolmannes ei tiennyt, mistä hakisi apua päihdeongelmaan (kuva 16).



Kuva 16. Tietävätkö kuntalaiset mistä hakea apua päihdeongelmaan ikäryhmittäin. (n=239) ($\chi^2=11,785$, $df=5$, $p<,038$) (liite 6).

Tarkoitus oli myös selvittää, mistä apua haettaisiin. Vastauksista kävi ilmi, että apua päihdeongelmaan haettaisiin ensisijaisesti A-klinikalta, josta apua hakisi melko tai erittäin todennäköisesti 192 vastaajaa (taulukko 6). Myös avoterveydenhuolto (136 vastaajaa) ja työterveyshuolto (136 vastaajaa) koettiin mahdollisiksi avunhakupaikoiksi (taulukko 6). Avoimissa vastauksissa kyselylomakkeen kohdassa 16 g (liite 2) mahdollisiksi avunhakupaikoiksi mainittiin myös Kela, seurakunnat sekä Minnesota-hoito ja Myllyhoito. Myös yksilön vastuuta itsensä auttajana korostettiin.

Taulukko 6. Mistä kuntalaiset hakisivat apua päihdeongelmaan.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
	f	f	f	f	f	f
A-klinikalta	5	6	27	68	124	230
Terveyskeskuksesta	21	15	53	83	53	225
AA:sta / NA:sta	18	9	50	73	62	212
Auttavasta puheli- mesta	20	41	63	64	23	211
Työterveyshuollosta	17	18	42	75	61	213
Opiskelijaterveyden- huollosta	29	27	57	56	35	204
Ystävältä	13	32	59	72	39	215
Perheeltä	17	21	52	75	52	217
Sukulaisilta	33	46	61	45	23	208

8.5 Päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinot kuntalaisten kokemana

Päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinot olivat tärkeä osa tutkimusta. Kyselyllä kartoitettiin eri ennaltaehkäisykeinojen merkittävyyttä kuntalaisten kokemana. Kuntalaiset korostivat vanhempien roolin ja kasvatustyön tukemista, jota melko tai erittäin tärkeänä piti 207 vastaajaa. Kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyö oli tärkeää 196 vastaajan mielestä. Harrastusmahdollisuuksien lisäämistä ja sosiaalisten verkostojen tukemista pidettiin tärkeinä päihdeongelmien ennaltaehkäisyn kannalta. Kuntalaiset pitivät tärkeänä myös valistuksen ja puuttumisen lisäämistä, rahan lisäämistä päihdehuoltoon, järjestyksenvalvonnan lisäämistä sekä rangaistusten koventamista. (Taulukko 7.) Kyselylomakkeen (liite 2) kysymyksessä 17 oli myös avoin vastausvaihtoehto, jolla haluttiin antaa kuntalaisille mahdollisuus tuoda esiin omia ajatuksiaan päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinoista. Kuntalaisten esiin nostamia keinoja kohdassa 17 i (liite 2) olivat toive avoimemmasta keskustelusta liittyen päihteisiin ja niiden haittoihin sekä valistuksen lisääminen. Kodin ja kasvattajan vastuuta sekä yhteisöllisyyden ja toisista välittämisen tärkeyttä korostettiin. Varhaista puuttumista ongelmiin ja perheiden yhteistä aikaa pidettiin erittäin tärkeänä:

”Tukemalla nuoria ja antamalla rakkautta, välittämällä ihmisistä.”

”Lisää avoimempaa keskustelua haitoista ja tulevaisuudesta.”

”Kouluvalistuksen lisääminen ja varhainen puuttuminen.”

”Päihdeongelmasta eroon pyrkivien tuen lisääminen.”

Taulukko 7. Millä keinoilla päihdeongelmia voidaan ehkäistä kunnan alueella?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
	f	f	f	f	f	f
Valistuksen ja puuttumisen lisääminen	8	11	34	111	70	234
Kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyö	2	9	31	88	108	238
Sosiaaliset verkostot	6	4	35	102	81	228
Vanhempien roolin ja kasvatustyön tukeminen	3	3	24	81	126	237
Harrastusmahdollisuuksien lisääminen	2	5	38	95	94	234
Lisää rahaa päihdehuoltoon	6	9	53	92	71	231
Rangaistusten koventaminen	10	43	56	64	59	232
Järjestyksenvalvonnan lisääminen	6	17	48	85	73	229

8.6 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tutkimuksessa saatiin kerättyä suuri määrä tietoa. Aineiston lopulliseksi määräksi muodostui 242 hyväksytysti täytettyä kyselylomaketta. Kyselylomakkeilla kerätyt tiedot ristiintaulukoitiin vastaajan kotikunnan, iän ja sukupuolen mukaan.

Useassa kysymyksessä nuoremmissa ikäryhmissä kohtuullisen suuri osa vastaajista ei osannut ilmaista kantaansa kysyttävään asiaan. Työikäisten ryhmissä osattiin selkeämmin ilmaista kanta.

Kuntalaisten hyvinvointia tarkasteltiin kysymällä kokemusta heidän omasta mielenterveydestään ja siitä, huolestuttaako mielenterveystilanne omassa kunnassa. Kuntalaisilta kysyttiin myös, mikä heitä mielenterveystilanteessa huolestuttaa.

Kaikista vastaajista oman mielenterveytensä melko tai erittäin hyväksi koki 88,7 prosenttia. Melko tai erittäin paljon huolissaan oman kuntansa mielenterveystilanteesta oli 28,7 prosenttia vastanneista. Omaa koettua mielenterveyttä tutkivassa kysymyksessä oli ikäryhmittäin ristiintaulukoituna merkittäviä eroja. Alle 25-vuotiaista vain 71,4 prosenttia koki oman mielenterveytensä hyväksi. Yli 65-vuotiaista yksikään vastaaja (n=56) ei ilmoittanut kokevansa mielenterveyttään huonoksi. Yhteenvetona voidaan todeta, että lähes 90 prosenttia kuntalaisista voi hyvin ja kokee oman mielenterveytensä hyväksi. Kuitenkin lähes 30 prosenttia oli huolissaan mielenterveystilanteesta. Huolta aiheuttivat selkeästi eniten työttömyyden lisääntyminen ja nuorten syrjäytyminen.

Tutkimuksella haluttiin selvittää kokevatko kuntalaiset mielenterveyspalvelut riittäviksi, tietävätkö he mistä apua voi hakea ja mistä apua todennäköisimmin haettaisiin. Kaikista vastaajista 50,8 prosenttia koki palvelut riittämättömiksi. Viidennes (21,6 prosenttia) vastaajista ei tiennyt mistä hakisi apua mielenterveysongelmaan. Naisilla tietämys mielenterveyspalveluista oli miehiä parempaa. Apua kuntalaiset hakisivat todennäköisimmin mielenterveystoimistosta tai omalta perheeltä.

Kuntalaisilta kysyttiin keinoja hyvän mielenterveyden edistämiseksi Etelä-Kymenlaaksossa. Erittäin tärkeinä keinoina kuntalaiset pitivät työllisyyden tukemista, syrjäytymisen ehkäisemistä ja nuorten palvelujen lisäämistä. Tärkeinä pidettiin myös lapsiperheiden tukemista, ikääntyneiden palvelujen lisäämistä sekä koulutusmahdollisuuksien lisäämistä.

Kuntalaisten huolta päihteiden käytöstä selvitettiin kysymällä huolta heidän omasta päihteiden käytöstään sekä huolta päihteiden käytöstä oman kunnan alueella. Lisäksi kysyttiin, mikä kuntalaisia päihteiden käytössä huolestuttaa. 90,4 prosenttia kaikista vastanneista ei kokenut huolta omasta päihteiden käytöstään. Miespuoliset vastaajat

olivat hiukan naisia enemmän huolissaan omasta päihteiden käytöstään. Yli 65-vuotiaista vastaajista yksikään (n=56) ei kokenut huolta omasta päihteiden käytöstään.

Eniten huolta päihteiden käytöstä kunnan tasolla koettiin Kotkassa, Pyhtäällä ja Viro-lahdella. Naisia päihteiden käyttö huolestutti miehiä enemmän. Liian nuorten päihtei-den käyttö sekä huumeiden käyttö huolestuttivat kuntalaisia eniten.

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää kuntalaisten mielipide päihdepalvelujen riittävyys-destä. Samalla tutkittiin, tietävätkö kuntalaiset mistä hakea apua tarvittaessa ja mitkä olisivat todennäköisimpiä avunhakupaikkoja. Kuntalaisista 33,8 prosenttia koki päih-depalvelut riittämättömiksi. Naiset olivat huomattavasti miehiä tyytymättömämpiä palveluiden määrään. Vähiten tyytyväisiä palveluiden määrään oltiin Haminassa ja Kotkassa.

Kaikista vastaajista 18,8 prosenttia ei tiennyt mistä hakisi apua päihdeongelmaan. Naisilla tietämys päihdepalveluista oli miehiä parempi. 25–55-vuotiaiden ikäryhmissä tietämys päihdepalveluista oli muita ikäryhmiä paremmalla tasolla. Todennäköisim-mäksi avunhakupaikaksi kuntalaiset nimesivät A-klinikan.

Tutkimuksessa selvitettiin päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinoja Etelä-Kymenlaaksossa. Tärkeimpinä ennaltaehkäisyn keinoina kuntalaiset pitivät vanhem-pien roolin ja kasvatustyön tukemista sekä kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyötä.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Tällä tutkimuksella pyrittiin nostamaan esiin Etelä-Kymenlaakson kuntalaisten näke-myksiä mielenterveys- ja päihdetilanteesta sekä -palveluista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun.

Terveydenhuoltolaki (2010) velvoittaa kuntia yleisen tiedottamisvelvollisuuden mu-kaan kertomaan kuntalaisille terveydenhuollon tarjoamista palveluista. Tämän tutki-muksen mukaan viidennes kuntalaisista ei tiennyt mistä voisi tarvittaessa hakea apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Myös Vesasen (2009) Pohjois-Kymenlaaksossa

tekemä tutkimus osoittaa, että tietämys tarjolla olevista päihdepalveluista ei ole riittävä.

Ikäryhmittäin tietämys mielenterveys- ja päihdepalveluista vaihteli melko paljon. Vanhemmilla vastaajilla tietämys mielenterveys- sekä päihdepalveluista oli nuorempia heikompaa. Yli 46-vuotiailla vastaajilla tietämättömyys mielenterveyspalveluista kasvoi jyrkästi. Kysyttäessä tietämystä päihdepalveluista olivat vastaukset samansuuntaisia. Yli 56-vuotiaiden vastaajien tietämys päihdepalveluista laski selkeästi. Lähes kolmannes yli 65-vuotiaista vastaajista ei tiennyt, mistä hakisi apua päihdeongelmaan. Kuitenkin samaan aikaan 31,5 prosenttia ikäryhmästä koki päihdepalvelut riittämättömiksi.

Mielenterveyslain 4. § mukaan kuntien on järjestettävä mielenterveyspalvelut kunta-laisten tarpeita vastaavaksi. Mielenterveysbarometrin (2011) mukaan 90 prosenttia mielenterveysalan ammattilaisista oli sitä mieltä, että mielenterveyspalveluita ei ole riittävästi avun tarvitsijoihin nähden. Tämän tutkimuksen tuloksista heijastuu vastaava tyytymättömyys mielenterveyspalveluiden määrään, vain 12,9 prosenttia etelä-kymenlaaksolaisista koki mielenterveyspalvelut riittäviksi. Yksi Mietippä-hankkeen tavoitteista oli luoda alueelle matalan kynnyksen yksikkö mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Tavoitteena oli myös tukea terveydenhuollon henkilöstön osaamista ja verkostoitumista mielenterveys- ja päihdetyön osaamisyksikkömallin avulla. Osaamisyksikön tarkoitus oli helpottaa ja nopeuttaa asiakkaan hoitoon pääsyä. (Mietippä 2010.) Tutkimustulosten mukaan tällaisille yksiköille on Etelä-Kymenlaaksossa selkeä tarve.

Päihdehuoltolain 6. § edellyttää, että päihdepalvelut tulee järjestää niin, että ne ovat helposti kuntalaisten tavoitettavissa. Lisäksi päihdehuoltolain mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää niin, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä. Tämän tutkimuksen mukaan vain 21,3 prosenttia eteläkymenlaaksolaisista oli tyytyväisiä alueen päihdepalvelujen määrään. Ikola (2010) toteaa tutkimuksessaan, että päihdepalveluja tulisi kehittää asiakaslähtöisesti, asiakkaiden mielipiteet huomioon ottaen. Ikolan mukaan tätä ei kuitenkaan aina muisteta huomioda, jolloin osa kohderyhmistä saattaa jäädä palveluiden ulkopuolelle. Mietippä-hankkeen keskeinen tavoite oli kehittää alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja ja helpottaa ihmisten avunsaantia.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että todennäköisin avunhakupaikka mielenterveysongelmaan on mielenterveystoimisto. Päihdeongelmaan apua haettaisiin etupäässä A-klinikalta. Myös Vesasen (2010) tutkimuksessa A-klinikka koettiin todennäköisimmäksi avunhakupaikaksi päihdeongelmaan.

Mielenterveyden edistämisen ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyn keinot olivat merkittävä osa tutkimusta. Kuntalaiset kokivat kaikki tutkimuksessa esiin nostetut keinot erittäin tärkeiksi. Tärkeimmäksi mielenterveyttä edistäväksi keinoksi lähes kaikki kuntalaiset kokivat työllisyyden tukemisen. Tätä selittää varmasti Kymenlaakson verrattain korkea työttömyysaste sekä alueen viimeaikaiset irtisanomiset ja heikot työllisyysnäkyvät. Päihdeongelmien ennaltaehkäisyssä merkittävimmiten keinoiksi koettiin vanhempien roolin ja kasvatustyön tukeminen sekä kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyö. Kuntalaiset toivat myös aktiivisesti esiin omia ajatuksiaan mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi. Tästä voidaan päätellä kuntalaisten kantavan huolta mielenterveys- ja päihdeasioista sekä kokevan ennaltaehkäisevän työn tärkeäksi.

Mielenterveys- ja päihdeasiat herättivät kuntalaisissa paljon kiinnostusta ja huolta. Noin kolmannes vastaajista oli huolissaan mielenterveystilanteesta. Päihdeongelmista huolta koettiin jonkin verran enemmän. Vesasen (2010) tutkimuksessa 67 prosenttia pohjoiskymenlaaksolaisista oli huolissaan päihteiden käytöstä asuinalueellaan. Tässä tutkimuksessa vastaava luku vaihteli kunnittain niin, että jossakin kunnassa huolta ei koettu lainkaan. Lisäksi tässä tutkimuksessa vastaajille oli annettu En osaa sanoa -vastausvaihtoehto. Tämä laski Etelä-Kymenlaaksossa koettua huolta päihteidenkäytöstä. Koetut huolenaiheet olivat yhteneväisiä Vesasen (2010) tutkimustulosten kanssa. Eniten kuntalaisia huolestutti liian nuorten päihteiden käyttö koko Kymenlaakson alueella.

Etelä-Kymenlaakson alueella lähes yhdeksän kymmenestä kuntalaisesta koki oman mielenterveytensä hyväksi. Samansuuruinen osuus kuntalaisista ei kokenut huolta omasta päihteiden käytöstään. Kylmän (2009) tutkimuksen mukaan keskipohjalaisista 82 prosenttia koki elämänsä hyväksi tai melko hyväksi. Tästä voidaan päätellä, että Etelä-Kymenlaaksossa voidaan verrattain hyvin tarkasteltaessa kuntalaisten hyvinvointia mielenterveys- ja päihdeasioiden kautta. Omaa päihteidenkäyttöä tarkastellessa voidaan todeta, että alle viisi prosenttia kuntalaisista kaikissa ikäryhmissä ilmoitti kokevansa huolta omasta päihteiden käytöstään. Kansallisen mielenterveys- ja päihde-

suunnitelman 2009–2015 (2010) mukaan arviolta 10 prosenttia Suomen väestöstä on alkoholin liikakuluttajia.

9.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on laadittu hyvän tieteellisen käytännön (2002) mukaan. Tähän kuuluu, että tutkijat ovat noudattaneet rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta läpi tutkimusprosessin.

Kyselyä varten laadittu saatekirje sekä kyselylomakkeen alussa olleet saatesanat olivat kaikkien vastaajien nähtävillä ja antoivat vastaajille tietoa tutkimuksesta, anonymiteetistä ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen otoskoko oli 242 ja täytti luotettavan tutkimuksen kriteerit. Heikkilän (2010, 45) mukaan otoskoon tulee olla 200–300, jos perusjoukossa on ryhmiä, joiden välisiä eroja vertailtiin. Tällöin jokaisessa ryhmässä tulisi olla vähintään 30 tilastoyksikköä. Tässä tutkimuksessa kaikissa vertailuryhmissä ei ollut riittävästi tilastoyksiköitä. Etenkin miehikkälälaisten vastaajien pieni määrä ($n=7$) saattoi alentaa tutkimuksen luotettavuutta heidän kohdallaan. Myöskään Virolahdelta ja Pyhtäältä, josta vastaajia tutkimukseen osallistui molemmista kunnista vain 18, vastanneita ei ollut riittävän paljon. Kuitenkin tällä vastaajamäärällä saatiin lähes vertailukelpoinen tulos. Vastaajien määrä kunnittain on suhteessa kuntien väkilukuun.

Ikäryhmistä alle 25-vuotiaiden ryhmässä vastaajia oli 21 ja 25–35-vuotiaiden ryhmässä 29. Myös nämä vertailuryhmät jäivät pienemmiksi kuin Heikkilän (2010, 45) viittaama tilastoyksiköiden vähimmäismäärä. Kaikissa muissa vertailuryhmissä oli riittävästi tilastoyksiköitä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Vastaajat jakautuivat miehiin ja naisiin melko tasaisesti. Satunnaisvirheet voivat aiheuttaa tutkimukseen puutteellista reliabiliteettia. Satunnaisvirhe aiheutuu otanta- sekä erilaisista mittaus- ja käsittelyvirheistä. Satunnaisvirheen mahdollisuutta suurentaa pieni otoskoko ja toisaalta tulosten tarkkuutta lisää riittävän suuri otoskoko. (ks. Heikkilä 2010, 187). Näin ollen tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää suuri ja edustava otos Etelä-Kymenlaakson väestöstä. Otoksen ikärakenne verrattuna vastaajien määrään korreloi Suomen väestön ikärakenteen kanssa ja tämä pienentää otantavirheen mahdollisuutta (ks. Heikkilä 2010, 186.)

Tutkimuksen pohjana on käytetty tieteellisesti luotettavia lähteitä hyvän tieteellisen käytännön (2002) mukaisesti. Teoriaosassa käytetyt kuvat sekä lähteet on merkitty tekstiin ja lähdeluetteloon asianmukaisesti. Tutkimustulokset on julkistettu oikea-aikaisesti ja avoimesti strategiatyöryhmän käyttöön. (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö 2002.) Tutkijat pyrkivät perehtymään aiheesta tehtyihin tutkimuksiin syvällisesti. Tutkijat olivat perehtyneet mielenterveys- ja päihdeongelmia käsitteleviin tutkimuksiin. Kyselylomakkeen kysymykset nostettiin suoraan aiemmista tutkimuksista, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta, sekä mittarin toimivuutta. Samalla saatiin arvokasta ja vertailukelpoista tietoa. Kyselylomakkeen avulla saatiin vastaukset tutkimusongelmiin, eli mittari mittasi sitä mitä sen pitikin mitata. (ks. Vilkkä 2007, 150.)

Kyselylomake oli tulostettu kaksipuolisena. Tutkijat pohtivat, heikensikö tämä vastausprosenttia eli oliko lomakkeen kääntöpuolella oleviin kysymyksiin vastattu vähemmän kuin muihin. Tutkimusaineistosta hylätyt lomakkeet käytiin uudelleen läpi, mutta kääntöpuolelle vastaamatta oli jättänyt ainoastaan kaksi vastaajaa. Tämä ei siis merkittävästi alenna tutkimuksen luotettavuutta eikä myöskään mittarin toimivuutta. Tutkimusta toistettaessa kyselylomake kannattaa kuitenkin tulostaa yksipuolisena. Kehittämistä kyselylomakkeessa olisi tarkempien vastausohjeiden lisääminen, etenkin sekamuotoisiin kysymyksiin, joissa kaikki vastaajat eivät olleet ymmärtäneet vastata kysymyksen jokaiselle riville (liite 2).

Tutkimuksen tulokset on kirjattu tarkasti ja asioita on tarkasteltu monelta kannalta riskiintaulukoituna, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tulokset on esitetty havainnollisesti kuvin ja taulukoin, jotta mahdollisimman paljon tietoa saataisiin tuotua esiin lukijalle.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi 2007, 226). Tämän tutkimuksen ulkoista reliabiliteettia voitaisiin testata toistamalla tutkimus samalla tavalla ja samalla paikalla, toisena ajankohtana, toisen tutkijan toimesta (Heikkilä 2010, 187). Tämän tutkimuksen luottavuutta lisää tarkka ja yksityiskohtainen selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Vilkkä 2010, 227). Tutkimus kannattaisi toistaa aina ennen mielenterveys- ja päihdestrategian laatimista. Toistamalla vastaavanlainen tutkimus voitaisiin arvioida nykyisen mielenterveys- ja päihdestrategian toimivuutta.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, sitä miten tutkimusmenetelmä kykenee mittaamaan käsiteltävää ongelmaa. Validius on toinen kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeä arviointiperuste. Pätevyyttä voidaan osoittaa muuttujaluettelolla ja laadukkailla luotettavilla lähteillä. (Hirsjärvi 2010, 226.) Heikkilän (2010, 186) mukaan kyselytutkimuksen validiteettiin vaikuttaa myös se, miten hyvin kyselylomakkeen kysymyksillä saadaan vastaukset tutkimusongelmiin.

Tutkimuksen eettisyyttä lisää vastaajien anonymiteetin säilyminen. Kyselyssä vastaajien ei tarvinnut ilmoittaa muita henkilökohtaisia tietojaan kuin sukupuolensa, ikänsä ja kotikuntansa. Vastaajat laittoivat täyttämänsä kyselylomakkeet itse vastauslaatikkoon kääntöpuoli ylöspäin.

Kyselyn toteutuspaikoista erityisesti Kotkan Prisman aula oli levoton. Vaikka kuntalaisille haluttiin antaa rauha täyttää lomaketta, saattoi yleinen tila ja sen hälinä vaikeuttaa vastaajan keskittymistä lomakkeen täyttämiseen. On myös mahdollista, etteivät kaikki vastaajat vastanneet arkaluontoisimpiin kysymyksiin totuudenmukaisesti tässä paikassa. Hetkittäin vastaajat joutuivat täyttämään lomakkeitaan vierekkäin saman pöydän ääressä. Tutkimuspaikkoina markettien aulatilat saattoivat heikentää tulosten luotettavuutta, vaikka toisaalta niistä tavoitettiin nopeasti kattava joukko vastaajia. Huomioon tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa on otettava myös se, vaikuttivatko tutkijat tutkittavien valintaan. Tutkijat pyysivät sattumanvaraisesti eri-ikäisiä ja eri sukupuolta olevia henkilöitä vastaamaan kyselyyn. Tutkijat tavoittelivat tutkimukseensa mahdollisimman laadukasta otosta, mutta ovat voineet tietämättään valita tietyn tyyppisiä henkilöitä vastaamaan, mikä voi vaikuttaa luotettavuuteen. Tutkimustulosten perusteella otanta kuitenkin on sattumanvarainen.

9.3 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Kehittämistarpeena tutkimustulosten perusteella nousi esiin palvelujärjestelmän kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi. Saatavilla olevista palveluista ei tämän tutkimuksen mukaan ollut riittävästi tietoa. Kuntalaisten tietoutta palveluista tulisi lisätä ja palvelut muotoilla helpommin lähestyttäviksi kuntien asukkaille.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on suuren muutoksen edessä. Väestö ikääntyy, jolloin veroa maksavien kansalaisten osuus pienenee ja eläkeikäisten määrä tulee kasvamaan. Etelä-Kymenlaakson alueella terveystalouksella on keskeinen rooli.

ja palvelurakennetta uudistamassa. Palvelurakenne uudistuksen tavoitteena on taata kuntalaisille tasapuoliset asiakaslähtöisemmät palvelut yhden käynnin periaatteella. Palvelujen keskittäminen tarkoittaa toisaalta esimerkiksi pienten terveysasemien toiminnan supistamista tai jopa lakkauttamista. (Kotkan hyvinvointipuisto, hankesuunnitelma 2011.) Tässä tutkimuksessa yli puolet vastanneista hakisi apua mielenterveys- tai päihdeongelmaan terveysasemalta. Palveluiden keskittäminen saattaa viedä avunhakupaikan entistä kauemmas tavallisesta kuntalaisesta. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta uudistettaessa olisi hieno tilaisuus kiinnittää huomiota mielenterveys- tai päihdeongelmaisten ihmisten kohtaamiseen. Terveystenhuollon ammattilaisten tulisi osata tunnistaa nämä potilaat ja ohjata heidät välittömästi sopivan palvelun pariin. Varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä ongelmien pahenemista. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen hoito on aina kannattavampaa yhteiskunnalle.

Tärkeää olisi lisätä myös sosiaali- ja terveydenhuollon parissa työskentelevien ammattilaisten tietoutta saatavilla olevista palveluista. Kaikki asiakkaat tulisi kohdata yhdenvertaisina, riippumatta siitä, millainen tausta tai sairaus heillä on. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten asenteita mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan tulisi muuttaa ymmärtäväisemmiksi.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että ikäihmiset kokevat vaikeaksi puhua mielenterveys- ja päihdeasioista. Omien ongelmien esiintuominen on vaikeaa, joka saattaa johtua erilaisesta kasvatuksesta ja erilaisesta keskustelukulttuurista. Samaan aikaan ikäihmiset kokevat mielenterveys- ja päihdepalvelut riittämättömiksi. Yli kolmannes ikäihmisistä ei tiedä, mistä hakea apua mielenterveys- tai päihdeongelmaan. Ikäihmisten mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista vaikeuttaa ongelmista puhumattomuus. Toisaalta ikäihmiset joilla on mielenterveys- tai päihdeongelmia voivat kokea vaikeaksi mennä esimerkiksi erilaisiin tapaamispaikkoihin. Kotihoitoa pyritään lisäämään jatkuvasti ja kotihoidon hoitajat voivatkin monissa tapauksissa olla ikäihmisen ainut säännöllinen kontakti terveydenhuollon palveluihin. Tästä syystä myös kotihoidossa olisi syytä kiinnittää huomiota asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaiseen tunnistamiseen, sekä hoitoon ohjaamiseen.

Tähän tutkimukseen vastanneista yli 65-vuotiaista yksikään ei kokenut mielenterveytensä huonoksi eikä kokenut huolta omasta päihteiden käytöstään. Kuitenkin Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 (2010) mukaan eläkeikäisten alkoholinkulutus on lisääntynyt. Jatkotutkimusaiheena voisi tarkastella erityisesti ikäihmisten hyvinvointia Etelä-Kymenlaakson alueella. Erityisesti tulisi tarkastella ikäihmisten mielenterveys- ja päihdetilannetta. Ikäihmisiä tutkittaessa on syytä kiinnittää huomiota tutkimusmenetelmän valintaan, jotta saataisiin luotettavia ja todennukaisia tuloksia.

Tämän tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin laadittaessa Etelä-Kymenlaakson alueelle mielenterveys- ja päihdestrategiaa vuosille 2012–2016. Hyödyllistä olisi toistaa vastaavanlainen tutkimus ennen seuraavan mielenterveys- ja päihdestrategian laatimista. Näin pystyttäisiin seuraamaan Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdetilannetta sekä arvioimaan mielenterveys- ja päihdestrategian toimivuutta.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2009. Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi> [viitattu 3.10.2011].
- Aalto, M., Bäckman, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Vartiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.
- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Aaltola, J., Aarnos, E., Grönfors, N., Eskola, J., Hakala, J., Heikkinen, H., Niikko, A., Ropo, E., Saarela-Kinnunen, M. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Aikuisten mielenterveyspalvelut Kotkassa. Kotkan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.kotka.fi/mielenterveys> [viitattu 1.12.2011].
- Aurala, T. 2011. Työn kuormittavuus neurologisella kuntoutusosastolla kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26694/Aurala_Teija.pdf?sequence=1 [viitattu 2.12.2011].
- Autio, M. & Paju, P. (toim.) 2005. Kuluttava nuoruus. Nuorten elinolot –vuosikirja. Opetushallitus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.
- Findikaattori. 2011. Suomen väestön ikärakenne. Tilastokeskus. Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/fi/14> [viitattu 27.9.2012].

Forsman, A., Herberts, K., Aromaa, E., Tuulari, J. ja Wahlbeck, K. 2009. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti. Saatavissa: www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce70fb36-a84d-4d85-af09-4cf8bbb6589a [viitattu 15.11.2011].

Hakkarainen, P. 2011. Huumeiden käyttö Suomessa. Päihdelinkki-internetsivu. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoisuus/112-huumeiden-kaytto-suomessa> [viitattu 9.11.2011].

Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. 2010. Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huume-kyselyn tuloksia. Saatavissa: www.thl.fi/thl-client/pdfs/2ecefbbd-b807-44d8-b51d-81dc63d09f01 [viitattu 9.10.2011].

Hakkarainen, P., Perälä, J. & Metso, L. 2011. Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa. Pdf-tiedosto. Stakesin internetsivut. [viitattu 9.11.2011].

Halonen, J. 2010. Väestötietoja. Kunnat.fi -internetsivusto. Saatavissa : <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/vaestotietoja/Sivut/default.aspx> [viitattu 11.11.2011].

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.). 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.

Holopainen, M., & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Huttunen, M. 2008. Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. Terveyskirjaston internetsivut. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002 [viitattu 5.9.2011]

Huttunen, M. 2010. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. Terveyskirjasto-internetsivusto. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388 [viitattu 11.11.2011].

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa:

www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf [viitattu 2.10.2012].

Ikola, P. 2010. Päihdepalveluiden nykyisyys ja tulevaisuus – Nuorten mielipiteitä päihdepalveluista. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24314/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201006082011.pdf?sequence=1> [viitattu 9.11.2011].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Koski-Jännes, A. 2009. Riippuvuus yksilön ongelmana. Päihdelinkki. Saatavissa:

<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/143-riippuvuus-yksilon-ongelmana> [viitattu 2.10.2011].

Kotkan hyvinvointipuisto. 2011. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Hankesuunnitelma. Saatavissa:

http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.carea.fi%2Ffolders%2FFiles%2FHyvinvointipuisto%2520uutinen%2FHANKESUUNNITELMA.pdf&ei=LjhtUOX8EomK4gTnw4HICQ&usq=AFQjCNEoeqoW-D34UxFcmbKXi02_nATRfQ [viitattu 4.10.2012].

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: WSOY pro.

Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä. 2011. Väestörekisterikeskus. Saatavissa: www.vrk.fi/default.aspx?docid=5864&site=3&id=0 [viitattu 4.12.2011].

Kylmä, P. 2009. Hyvinvointi, turvallisuus ja päihteet – kysely keskipohjalaisille 2009. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22664/978-951-39-3743-0.pdf?sequence=1> [viitattu 9.11.2011].

Kymen A-klinikkatoimen esite Etelä-Kymenlaakson päihdepalveluista. Julkaistu 3.2.2011.

Kymen A-klinikkatoimi, Itä-Suomen palvelualue. Saatavissa: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/ita/> [viitattu 3.12.2011].

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän internetsivut. Psykiatria. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Psykiatria/> [viitattu: 11.11.2011].

Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.). 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Edita Prima Oy.

Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela, J. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla – Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 20/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. 2009. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007 –ESPAD-tutkimusten tulokset. THL:n raportti. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/asukkaat/terveys/mielenterveys-ja-paaihdepalvelut> [viitattu 19.9.2012.]

Mielenterveysbarometri. 2011. Mielenterveyden keskusliiton internetsivut. Saatavissa:
http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/mielenterveysbarometri/#anchor-1277679
 [viitattu 28.9.2012].

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki.

Mielenterveyspalvelut. Kaakon kaksikon internetsivut. Saatavissa:
<http://www.kaakonkaksikko.fi/Palvelut/Sosiaali-%20ja%20terveyspalvelut/Mielenterveyspalvelut> [viitattu 19.9.2012.]

Mielenterveyspalvelut. Pyhtään kunnan internetsivut. Saatavissa:
www.pyhtaa.fi/palvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut [viitattu 19.9.2012]

Mietippä. 2010. Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämissanke. A-klinikkatoimen esite.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.). 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Helsinki: Yliopistopaino.

Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas, tunnuslukuja Suomesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pirskanen, M. 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskelu terveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2007/isbn978-951-27-0379-1.pdf> [viitattu 15.11.2011].

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2002:3. Helsinki.

Päihdepalvelut. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut [viitattu 11.11.2011].

Rönkä, S. & Virtanen, A. (toim.). 2009. Huumetilanne Suomessa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40/2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2001. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen tulossopimus kaudelle 2004–2007; tarkistusvuosi 2007. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982.

Sotkanet. Internetsivu. Saatavissa: <http://uusi.sotkanet.fi> [viitattu 9.9.2011].

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveysyhteistyö kunnissa – Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326.

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2008. Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2010. Helsinki.

Tilastokeskus 2011. Tammikuun työttömyysaste 8,2 prosenttia. Tilastokeskuksen internetsivut. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/tyti/2011/01/tyti_2011_01_2011-02-22_tie_001_fi.html [viitattu 11.11.2011].

Tukikeskus Villa Jensen. Kotkan kaupungin internetsivut. Saatavissa:

http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=2242&# [viitattu 19.9.2012.]

Weckman, S. 2008. Liikunnanopetuksen oppilasarviointi – kyselytutkimus yläluokkien opettajille. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Vesanen, A. 2009. Kouvolan päihdestrategia -kuntalaisten kuuleminen strategiatyön pohjaksi. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

http://www.socom.fi/dokumentit/Paihdeetyo/Kouvolan_paihdestrategia_kuntalaisten_kuuleminen.pdf [viitattu 1.10.2011].

Viinamäki, L. & Saari, E (toim.). 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2010. Mielenterveys- ja päihdeetyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Österberg, E. & Mäkelä, P. 2009. Alkoholinkäyttö Suomessa. Päihdelinkki-internetsivu. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa> [viitattu 9.9.2011].

Tutkimus	Tutkittavat	Tutkimustulokset
Kylmä, Pirita. 2009. Hyvinvointi, turvallisuus ja päihteet – kysely keskipohjalaisille 2009. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Jyväskylän yliopisto.	Tutkimuksessa kartoitettiin kuntalaisten hyvinvoinnin ja turvallisuuden kokemusta ja päihteiden käytön yleisyyttä ja päihdepalvelujen tarvetta. Kyselyyn perustuva selvitys on osa Keski-Pohjanmaan maakunnan päihdestrategiaa. Kyselyn vastausprosentti oli 32 %, kun yhteensä 1000 kyselylomaketta lähetettiin 18–70-vuotiaille keskipohjalaisille.	Vastaajien hyvinvoinnista saatiin selville, että 82 % vastanneista kokee elämänsä tällä hetkellä melko hyvänä tai hyvänä, 15 % keskinkertaisena, ja melko huonona tai huonona 4 %. Tyytyväisimpiä elämäänsä ovat 31–40-vuotiaat ja eniten huolissaan tulevaisuudesta ovat 51–60- ja 61–70-vuotiaat. Vastaajille tärkeimmät elämän myönteiset vaikuttajat ovat perhe, terveys ja työ sekä ystävät ja ihmissuhteet. stressi ja taloushuolet ovat yleisimpiä elämän kielteisiä vaikuttajia. Vastanneista 18 % on kokenut jonkinasteista turvattomuutta asuinympäristönsään alkoholinkäytön takia.
Vesanen, Ari. 2009. Kouvolan päihdestrategia -kuntalaisten kuuleminen strategiatyön pohjaksi. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.	Tutkittiin yli 350 kouvolaisten näkemyksiä päihteiden käytöstä ja päihdepalveluista alueen päihdestrategian pohjaksi.	Haastatteluun vastanneista 67 % oli huolissaan päihteiden käytöstä asuinalueellaan, suurimpana huolena oli nuorten päihteidenkäyttö. Suurin osa vastanneista ehdotti valistusta parhaaksi ehkäisykeinoksi. 14 % vastanneista ei tiennyt mistä päihdeongelmaan voi hakea apua.
Ikola, Päivi. 2010. Päihdepalveluiden nykyisyys ja tulevaisuus – Nuorten mielipiteitä päihdepalveluista. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päihdepalveluita käyttävien 18–25-vuotiaiden nuorten mielipiteitä nykyisistä päihdepalveluista sekä siitä, millaisia nuoret haluaisivat päihdepalveluiden olevan, jotta ne parhaiten vastaisivat heidän tarpeitaan. kuuden nuoren naisen ja miehen teemahaastattelu. Haastatellut käyttävät päihteitä ja heillä on kokemusta päihdepalveluista.	Tutkimuksen mukaan nuoret kokivat nykyiset päihdepalvelut passiivisina ja toivoivat päihdepalveluilta aktiivista toiminnallisuutta. Aktiivisuuden puutetta koettiin useilla eri päihdepalveluiden osa-alueilla. Työntekijöiden tavassa kohdata päihteitä käyttäviä nuoria oli nuorten mielestä kehittämisen ja koulutuksen tarvetta. Nuoret kokivat myös osattomuutta päihdepalveluissa. He eivät saaneet riittävästi vaikuttaa omaan päihdehoitoonsa. Laitoshoidon nuoret halusivat yhteisöllistä työotetta, jolla heidän mukaansa oli vaikutusta myös laitoshoidon jälkeiseen arjesta selviytymiseen. Tämän tutkimuksen mukaan päihdepalvelut eivät pysty riittävästi vastaamaan

		nuorten tarpeisiin. Kehitettävää päihdepalveluissa on paljon.
Pirskanen, M. 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskelu terveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.	Tutkimuksen tarkoituksena oli testata nuorten päihdemittarin luotettavuutta ja arvioida varhaisen puuttumisen toimintamallin soveltuvuutta päihteettömyyden edistämiseksi, nuorten terveydenhoitajien ja yhteistyökumppanien näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Otanta oli 326 14–18 vuotiasta nuorta, kymmenen terveydenhoitajaa ja heidän yhteistyökumppaneitaan 24. Tutkimus toteutettiin osittain puolistrukturoidulla kyselyllä ja haastattelulla.	Nuorten päihdemittari tunnisti päihteiden käyttöä yhtä pitävästi AUDIT-testin kanssa. Suurkulutusta ja taustatekijöitä päihdemittari tunnisti tarkemmin. Varhaisen puuttumisen toimintamalli arvioitiin soveltuvaksi muutamien korjauksin. Nuoret arvioivat terveydenhoitajan luotettavaksi asiantuntijaksi. Tulosten perusteella laadittiin varhaisen puuttumisen malli, jossa nuori ja terveydenhoitaja arvioivat yhdessä nuoren päihteiden käyttöä, elämäntilannetta ja voimavaroja.
Aurala, T. 2011. Työn kuormittavuus neurologisella kuntoutusosastolla kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaista osaamista tarvitaan laadukkaan neurologisen hoitotyön saavuttamiseksi, millaiseksi hoitajat kokevat työnsä neurologisella osastolla ja mitkä tekijät kuormittavat hoitajia heidän työssään. Tutkimus toteutettiin Kotkan terveyskeskuksen Karhulan sairaalan osasto neljällä. Tutkimukseen osallistui kymmenen kahdestatoista hoitajasta. Tutkimus on tehty kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto on käsitelty taulukomallilla sekä aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.	Kuormittavampina hoitotyössä pidettiin liian suurta työ määrää ja kiirettä sekä käsin tehtäviä nostoja ja siirtoja. Muita paljon kuormittavia tekijöitä olivat potilaiden moniongelmaisuus ja kommunikatio-ongelmat potilaiden kanssa. Motivoitumattomat, väkivaltaiset ja käytöshäiriöiset potilaat sekä häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta koettiin myös kuormittavaksi. Tutkimuksen tuloksissa korostui laadukkaan neurologisen hoitotyön tärkeimmät piirteet kuten kuntouttava työote, vuorovaikutustaidot, potilaan sekä omaisten ohjaus ja neuvonta. Myös tiedon antaminen potilaalle, potilaan fyysisen ja henkisen toiminta-kyvyn tukeminen koettiin tärkeänä neurologisen potilaan hoitotyössä.

<p>Forsman, A., Herberts, K., Aromaa, E., Tuulari, J. ja Wahlbeck, K. 2009. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti.</p>	<p>Kyselyn tarkoitus oli saada kokonaiskuva pohjalaisten mielenterveydestä, mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytöstä sekä asennoitumisesta mielenterveyshäirioihin.</p> <p>Kyselylomake lähetettiin yhteensä 5 000 satunnaisotannalla valitulle 15–80-vuotiaalle henkilölle Vaasan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueella.</p> <p>Väestökyselyn kokonaisvastausprosentti oli 51,6. Kysely oli osa Pohjanmaa-hanketta.</p>	<p>Väestökysely on toteutettu vuosina 2005, 2008 ja keväällä 2011. Tuloksia ei tässä vaiheessa mainittu raportissa.</p>
---	---	---

Tällä kyselyllä selvitetään etelä-kymenlaaksolaisten näkemyksiä alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista ja palvelujen tilanteesta. Kyselyn tuloksia hyödynnetään Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laadinnassa. Kerätyt tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Vastaa kysymyksiin ympyröimällä omaa tilannettasi tai mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos olet epävarma, valitse se vaihtoehto joka tuntuu oikeimmalta.

PERUSTIEDOT

1. Sukupuoli 1 Nainen
 2 Mies
2. Ikä _____
3. Kotikunta _____

MIELENTERVEYSTILANNE

4. Oletteko huolissanne mielenterveystilanteesta oman kuntanne alueella?

- 1 En lainkaan huolissani
2 Erittäin vähän huolissani
3 Jonkin verran huolissani
4 Melko paljon huolissani
5 Erittäin paljon huolissani

5. Mikä Teitä huolestuttaa mielenterveystilanteessa oman kuntanne alueella?

	Ei lainkaan	Erittäin vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
a) Mielenterveyden häiriöiden lisääntyminen	1	2	3	4	5
b) Sosiaalisten verkostojen puute	1	2	3	4	5
c) Nuorten syrjäytyminen	1	2	3	4	5
d) Turvattomuus	1	2	3	4	5
e) Työttömyyden lisääntyminen	1	2	3	4	5
f) Yhteisöllisyyden puute	1	2	3	4	5
g) Jokin muu, mikä? _____					

6. Onko mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin saatavilla riittävästi apua ja tukea?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 En osaa sanoa

7. Tiedätkö mistä voi hakea apua mielenterveysongelmiin?

- 1 Tiedän
- 2 En tiedä

8. Mistä hakisitte apua mielenterveysongelmaan?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Terveyskeskuksesta	1	2	3	4	5
b) Yksityiseltä lääkäriltä	1	2	3	4	5
c) Yksityiseltä terapeutilta	1	2	3	4	5
d) Työterveyshuollosta	1	2	3	4	5
e) Opiskelijaterveydenhuollosta	1	2	3	4	5
f) Mielenterveystoimistosta	1	2	3	4	5
g) Psykiatrian poliklinikalta	1	2	3	4	5
h) Papilta tai sielunhoitajalta	1	2	3	4	5
i) Ystävältä	1	2	3	4	5
j) Perheeltä	1	2	3	4	5
k) Sukulaisilta	1	2	3	4	5
l) Muualta, mistä? _____					

9. Millä keinoilla mielenterveyttä voisi edistää oman kuntanne alueella?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Lisäämällä koulutusmahdollisuuksia	1	2	3	4	5
b) Tukemalla työllistymistä	1	2	3	4	5
c) Ehkäisemällä syrjäytymistä	1	2	3	4	5
d) Tukemalla lapsiperheitä	1	2	3	4	5
e) Lisäämällä nuorten palveluja	1	2	3	4	5
f) Lisäämällä ikääntyneiden palveluja	1	2	3	4	5
g) Miten muuten mielenterveyttä voisi edistää?					

10. Millaiseksi arvioitte oman mielenterveytenne tällä hetkellä?

- 5 Erittäin hyvä
- 4 Melko hyvä
- 3 Ei hyvä eikä huono
- 2 Melko huono
- 1 Erittäin huono

PÄIHDEKÄYTTÖ**11. Oletteko huolissanne omasta päihteiden käytöstänne?**

- 1 En lainkaan huolissani
- 2 Erittäin vähän huolissani
- 3 Jonkin verran huolissani
- 4 Melko paljon huolissani
- 5 Erittäin paljon huolissani

12. Oletteko huolissanne päihteiden käytöstä oman kuntanne alueella?

- 1 En lainkaan huolissani
- 2 Erittäin vähän huolissani
- 3 Jonkin verran huolissani
- 4 Melko paljon huolissani
- 5 Erittäin paljon huolissani

13. Mikä Teitä huolestuttaa päihteiden käytössä oman kuntanne alueella?

	Ei lainkaan	Erittäin vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
a) Liian nuorten päihteiden käyttö	1	2	3	4	5
b) Järjestyshäiriöt	1	2	3	4	5
c) Väkivalta	1	2	3	4	5
d) Turvattomuus	1	2	3	4	5
e) Terveystaitat	1	2	3	4	5
f) Huumeiden käyttö	1	2	3	4	5
g) Jokin muu, mikä? _____					

14. Onko päihdeongelmiin saatavilla mielestänne tarpeeksi apua tai tukea kunnassanne?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 En osaa sanoa

15. Tiedätkö mistä voi hakea apua päihdeongelmaan?

- 1 Tiedän
- 2 En tiedä

16. Mistä hakisitte apua päihdeongelmaan?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) A-klinikalta	1	2	3	4	5
b) Terveyskeskuksesta	1	2	3	4	5
c) AA:sta / NA:sta	1	2	3	4	5
d) Auttavasta puhelimesta	1	2	3	4	5
e) Työterveyshuollosta	1	2	3	4	5
f) Opiskelijaterveydenhuollosta	1	2	3	4	5
g) Ystävältä	1	2	3	4	5
h) Perheeltä	1	2	3	4	5
i) Sukulaisilta	1	2	3	4	5
j) Muualta, mistä? _____					

17. Millä keinoilla päihdeongelmia voitaisiin ennaltaehkäistä oman kuntanne alueella?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Valistuksen ja puuttumisen lisääminen	1	2	3	4	5
b) Kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyö	1	2	3	4	5
c) Sosiaaliset verkostot	1	2	3	4	5
d) Vanhempien roolin ja kasvatustyön tukeminen	1	2	3	4	5
e) Harrastusmahdollisuuksien lisääminen	1	2	3	4	5
f) Lisää rahaa päihdehuoltoon	1	2	3	4	5
g) Rangaistusten koventaminen	1	2	3	4	5
h) Järjestyksenvalvonnan lisääminen	1	2	3	4	5
i) Miten muuten päihdeongelmia voisi ehkäistä?					

Kiitos vastauksistanne!

Tutkimusongelmat & muuttajat

Kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät

Taustamuuttujat	Sivut	1. Sukupuoli 2. Syntymävuosi 3. Kotikunta
1. Mitä kuntalaiset ajattelevat Etelä-Kymenlaakson mielenterveystilanteesta?		
1.1 Voivatko kuntalaiset hyvin? Muuttajat: Oma mielenterveys	8–9	10. Millaiseksi arvioitte oman mielenterveytensä tällä hetkellä? - 5 Erittäin hyvä - 4 Melko hyvä - 3 Ei hyvä eikä huono - 2 Melko huono - 1 Erittäin huono
Kuntalaisten mielikuva mielenterveystilanteesta	11–13	4. Oletteko huolissanne mielenterveystilanteesta oman kuntanne alueella? - 1 En lainkaan huolissani - 2 Erittäin vähän huolissani - 3 Jonkin verran huolissani - 4 Melko paljon huolissani - 5 Erittäin paljon huolissani
Mielenterveysongelmien lisääntyminen	11–13	5. Mikä Teitä huolestuttaa mielenterveystilanteessa oman kuntanne alueella? - mielenterveyden häiriöiden lisääntyminen - sosiaalisten verkostojen puute - nuorten syrjäytyminen - turvattomuus
Nuorten syrjäytyminen	19	- työttömyyden lisääntyminen - yhteisöllisyyden puute - jokin muu, mikä?
Sosiaalinen verkosto	9	
1.2 Onko mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin saatavilla riittävästi apua ja tukea?		6. Onko mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin saatavilla riittävästi apua ja tukea? - kyllä - ei - en osaa sanoa
1.3 Tietävätkö kuntalaiset mistä mielenterveysongelmiin voi hakea apua?		7. Tiedätkö mistä voi hakea apua mielenterveysongelmiin? - tiedän - en tiedä
Muuttajat:		
Avun saanti mahdollisuudet	19–20	8. Mistä hakisitte apua mielenterveysongelmaan? - terveyskeskuksesta - yksityiseltä lääkäriltä - yksityiseltä terapeutilta - työterveyshuollosta - opiskelijaterveydenhuollosta
Avun haku paikat	20–21	

		<ul style="list-style-type: none"> - mielenterveystoimistosta - psykiatrian poliklinikalta - papilta tai sielunhoitajalta - ystävältä - perheeltä - sukulaisilta - muualta, mistä?
2. Miten hyvää mielenterveyttä voisi edistää Etelä-Kymenlaaksossa? Muuttajat: Työllisyys ja koulutus Sosiaalinen verkosto Palvelut	9 9 20–21	9. Millä keinoilla mielenterveyttä voisi edistää oman kuntanne alueella? <ul style="list-style-type: none"> - lisäämällä koulutusmahdollisuuksia - tukemalla työllistymistä - ehkäisemällä syrjäytymistä - tukemalla lapsiperheitä - lisäämällä nuorten palveluja - lisäämällä ikääntyneiden palveluja - muuten, miten?
3. Ovatko kuntalaiset huolissaan päihteiden käytöstä asuinalueellaan?		
3.1 Mikä päihdeongelmien lisääntymisessä huolestuttaa erityisesti? Muuttajat: Oma päihteiden käyttö Huoli oman kunnan päihdetilanteesta Yhä nuorempien päihteiden käyttö Häiriökäyttäytyminen Terveydelliset haitat Päihteiden käytön lisääntyminen	13–16 16–18 17 18 18 18	11. Oletteko huolissanne omasta päihteiden käytöstänne? <ul style="list-style-type: none"> - 1 En lainkaan huolissani - 2 Erittäin vähän huolissani - 3 Jonkin verran huolissani - 4 Melko paljon huolissani - 5 Erittäin paljon huolissani 12. Oletteko huolissanne päihteiden käytöstä oman kuntanne alueella? <ul style="list-style-type: none"> - 1 En lainkaan huolissani - 2 Erittäin vähän huolissani - 3 Jonkin verran huolissani - 4 Melko paljon huolissani - 5 Erittäin paljon huolissani 13. Mikä Teitä huolestuttaa päihteiden käytössä oman kuntanne alueella? <ul style="list-style-type: none"> - liian nuorten päihteiden käyttö - järjestyshäiriöt - väkivalta - turvattomuus - terveyshaitat - huumeiden käyttö - jokin muu, mikä?
3.2 Onko päihdeongelmiin saatavilla riittävästi apua/tukea?		14. Onko päihdeongelmiin saatavilla mielestänne tarpeeksi apua tai tukea kunnassanne? <ul style="list-style-type: none"> - kyllä - ei - en osaa sanoa

<p>3.3 Tietävätkö kuntalaiset mistä voi hakea apua päihdeongelmaan?</p> <p>Muuttujat:</p> <p>Avun saanti mahdollisuudet</p> <p>Avun haku paikat</p>	<p>22–23</p> <p>23–24</p>	<p>15. Tiedättekö mistä voi hakea apua päihdeongelmaan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - tiedän - en tiedä <p>16. Mistä hakisitte apua päihdeongelmaan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A-klinikalta - terveyskeskuksesta - AA / NA (Anonyymit alkoholistit / narkomaanit) - Auttavasta puhelimesta - työterveyshuollosta - opiskelijaterveydenhuollosta - ystävältä - perheeltä - sukulaisilta - muualta, mistä?
<p>4. Miten päihdeongelmien syntyä voitaisiin ennaltaehkäistä Etelä-Kymenlaaksossa?</p> <p>Muuttujat:</p> <p>Valistus ja kasvatus</p> <p>Kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyö</p> <p>Sosiaaliset verkostot</p> <p>Harrastusmahdollisuudet</p> <p>Riittävien päihdepalvelujen takaaminen</p> <p>Rikollisen käyttäytymisen vähentäminen</p>	<p>25</p> <p>25</p> <p>14</p> <p>24</p> <p>22–23</p> <p>18</p>	<p>17. Millä keinoilla päihdeongelmia voitaisiin ennaltaehkäistä oman kuntanne alueella?</p> <ul style="list-style-type: none"> - valistus, puuttuminen - kodin, koulun ja viranomaisten yhteistyö - sosiaaliset verkostot - vanhempien roolin ja kasvatustyön tukeminen - harrastusmahdollisuuksien lisääminen - rahan lisääminen päihdehuoltoon - rangaistusten koventaminen - järjestyksenvalvonnan lisääminen - miten muuten päihdeongelmia voisi ehkäistä?



Arvoisa vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Kymenlaakson A-klinikkatoimen kanssa.

Tutkimme kuntalaisten näkemyksiä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdetilanteesta. Tutkimuksessa selvitetään myös kuntalaisten tietämystä mielenterveys- ja päihdepalveluista ja palveluiden riittävydestä. Tutkimuksessa kysytään kuntalaisten ehdotuksia mielenterveyden edistämiseen ja päihdeongelmien ennaltaehkäisemiseen. Tutkimukseen vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimustuloksia hyödynnetään Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laadinnassa ja alueen palveluiden kehittämisessä.

Tutkimus on osa alueellista Mietippä-osahanketta, joka on Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Mietippä kuuluu Mielen avaimeen, joka on koko Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Hankkeet kuuluvat valtakunnalliseen sosiaali- ja terveystieteiden Kaste -kehittämisohjelmaan vuosille 2010–2012.

Mietippä-hanke on alkanut syksyllä 2010, ja hankealueina ovat Kotka, Pyhtää, Hamina, Virolahti ja Miehikkälä.

Kiitämme jo etukäteen vastaamisestasi,

Mia Pallasoja ja Mia Piispanen

sairaanhoitajaopiskelijat AMK

Halutessanne lisätietoja antaa:

projektityöntekijä
Maarit Ruusu
puh. 045-1393 702
maarit.ruusu@a-klinikka.fi

UUSlikä * Kys7 Tiedätkö mistä hakea apua mielenterveysongelmaan?

Crosstab

			Kys7MTmistäAp		Total
			Tietää	Ei tiedä	
UUSlikä	Alle 25-v	Count	20	1	21
		% within UUSlikä	95,2%	4,8%	100,0%
		% within Kys7MTmistäAp	10,6%	1,9%	8,8%
	25-35-v	Count	23	6	29
		% within UUSlikä	79,3%	20,7%	100,0%
		% within Kys7MTmistäAp	12,2%	11,5%	12,1%
	36-45-v	Count	39	3	42
		% within UUSlikä	92,9%	7,1%	100,0%
		% within Kys7MTmistäAp	20,7%	5,8%	17,5%
	46-55-v	Count	29	7	36
		% within UUSlikä	80,6%	19,4%	100,0%
		% within Kys7MTmistäAp	15,4%	13,5%	15,0%
	56-65-v	Count	40	17	57
		% within UUSlikä	70,2%	29,8%	100,0%
		% within Kys7MTmistäAp	21,3%	32,7%	23,8%
	Yli 65-v	Count	37	18	55
		% within UUSlikä	67,3%	32,7%	100,0%
		% within Kys7MTmistäAp	19,7%	34,6%	22,9%
Total	Count	188	52	240	
	% within UUSlikä	78,3%	21,7%	100,0%	
	% within Kys7MTmistäAp	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,076 ^a	5	,010
Likelihood Ratio	17,169	5	,004
Linear-by-Linear Association	10,956	1	,001
N of Valid Cases	240		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,55.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error- r^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,243			,010
Interval by Interval	Pearson's R	,214	,058	3,382	,001 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,216	,060	3,412	,001 ^c
N of Valid Cases		240			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

UUSlikä * Kys15 Tiedätkö mistä voi hakea apua päihdeongelmaan?

Crosstab

			Kys15PäMistäAp		Total
			Tietää	Ei tiedä	
UUSlikä	Alle 25-v	Count	17	4	21
		% within UUSlikä	81,0%	19,0%	100,0%
		% within Kys15PäMistäAp	8,8%	8,9%	8,8%
	25-35-v	Count	26	3	29
		% within UUSlikä	89,7%	10,3%	100,0%
		% within Kys15PäMistäAp	13,5%	6,7%	12,2%
	36-45-v	Count	38	4	42
		% within UUSlikä	90,5%	9,5%	100,0%
		% within Kys15PäMistäAp	19,7%	8,9%	17,6%
	46-55-v	Count	32	4	36
		% within UUSlikä	88,9%	11,1%	100,0%
		% within Kys15PäMistäAp	16,6%	8,9%	15,1%
	56-65-v	Count	44	13	57
		% within UUSlikä	77,2%	22,8%	100,0%
		% within Kys15PäMistäAp	22,8%	28,9%	23,9%
	Yli 65-v	Count	36	17	53
		% within UUSlikä	67,9%	32,1%	100,0%
		% within Kys15PäMistäAp	18,7%	37,8%	22,3%
Total	Count	193	45	238	
	% within UUSlikä	81,1%	18,9%	100,0%	
	% within Kys15PäMistäAp	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,785 ^a	5	,038
Likelihood Ratio	11,810	5	,037
Linear-by-Linear Association	6,590	1	,010
N of Valid Cases	238		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,97.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Erro- r ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,217			,038
Interval by Interval	Pearson's R	,167	,066	2,598	,010 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,183	,066	2,852	,005 ^c
N of Valid Cases		238			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.